

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À LA
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
RAPHAËLLE CHAMPOUX-COUTURE

RÉACTION TRAUMATIQUE DES PÈRES À L'ACCOUCHEMENT
ET SYMPTÔMES ANXIEUX-DÉPRESSIFS POSTNATAUX

SEPTEMBRE 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

RÉACTION TRAUMATIQUE DES PÈRES À L'ACCOUCHEMENT
ET SYMPTÔMES ANXIEUX-DÉPRESSIFS POSTNATAUX

PAR
RAPHAËLLE CHAMPOUX-COUTURE

Patrick Gosselin, directeur de recherche

Université de Sherbrooke

Maryse Benoit, évaluatrice

Université de Sherbrooke

Claud Bisailon, évaluatrice

Université de Sherbrooke

Sommaire

L'accouchement peut être un moment traumatisant pour les pères qui y assistent. Des symptômes dépressifs ou anxieux peuvent ensuite apparaître chez certains et impacter leur vie personnelle. Chez les pères, peu de recherches ont documenté l'expérience traumatique de l'accouchement, les symptômes pouvant y être associés, ainsi que les facteurs explicatifs. Les études existantes se sont surtout intéressées aux symptômes de stress posttraumatique (SSPT) postnataux et aux variables qui pourraient y être liées. Cette recherche corrélationnelle transversale vise l'exploration de l'expérience traumatique de l'accouchement chez les pères primipares, de même que l'exploration des liens entre l'expérience traumatique de l'accouchement et différents symptômes anxieux et dépressifs postnataux. Cette recherche étudie également le lien de l'intolérance à l'incertitude (II) et de certaines variables obstétriques (comme les complications lors de l'accouchement) avec les variables de la réaction traumatique. Des questionnaires informatisés ont été utilisés pour mesurer les variables suivantes : la réaction traumatique et les symptômes de stress posttraumatique, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'II. L'échantillon comporte 543 nouveaux pères québécois ayant assisté à l'accouchement de leur conjointe. Les résultats révèlent que 56,20 % des pères rapportent avoir vécu l'accouchement de leur conjointe de façon traumatisante et que 9,20 % signalent des symptômes de stress posttraumatique liés à l'accouchement. Des analyses préliminaires de corrélation et des ANOVA mettent en

lumière des liens entre les complications à l'accouchement et les deux mesures de l'expérience traumatique (Trauma et SSPT), entre les césariennes d'urgence et la perception traumatique de l'accouchement, ainsi qu'entre le fait d'avoir consulté un professionnel antérieurement pour un problème émotionnel et certains symptômes anxieux. Des régressions hiérarchiques conduites pour vérifier l'effet de l'expérience traumatique sur les symptômes postnatals, tout en contrôlant pour les variables sociodémographiques pertinentes, montrent que le fait d'avoir vécu l'accouchement de sa conjointe comme un événement traumatique est lié aux SSPT, aux symptômes anxieux et aux symptômes dépressifs en post-partum. L'intolérance à l'incertitude apparaît aussi liée à l'expérience traumatique et aux SSPT. Ces résultats se révèlent pertinents pour l'élaboration de modèles explicatifs et dans les travaux visant la prévention de la détresse psychologique liée à un accouchement traumatique.

Mots clefs : trauma de l'accouchement, pères, intolérance à l'incertitude, contexte postnatal, TSPT, troubles anxieux, troubles dépressifs.

Table des matières

| | |
|--|------|
| Sommaire | iii |
| Liste des tableaux | vii |
| Remerciements | viii |
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 8 |
| Prévalence | 10 |
| Conséquences | 12 |
| Facteurs de risques | 15 |
| L'intolérance à l'incertitude..... | 17 |
| Objectifs et hypothèses..... | 22 |
| Méthode..... | 24 |
| Participants et déroulement | 25 |
| Portrait des participants | 26 |
| Instruments de mesure | 32 |
| Informations sociodémographiques | 32 |
| Expérience traumatique et symptômes posttraumatiques | 32 |
| Symptômes dépressifs..... | 34 |
| Symptômes anxieux..... | 34 |
| Variables cognitives..... | 35 |
| Considérations éthiques..... | 36 |
| Résultats | 37 |

| | |
|---|----|
| Analyses préliminaires | 38 |
| Vérification de la structure factorielle de l'EPA | 38 |
| Cohérence interne, distribution des variables de l'étude et transformation..... | 40 |
| Analyses principales..... | 46 |
| Incidence du trauma de l'accouchement..... | 46 |
| Lien entre les variables de trauma, les mesures de symptômes et l'II..... | 49 |
| Vérification de l'effet de l'expérience traumatisante sur les SSPT, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs | 50 |
| Vérification de l'effet de l'II sur l'expérience traumatique et les SSPT | 52 |
| Discussion | 55 |
| Incidence du trauma de l'accouchement | 56 |
| Liens entre le trauma de l'accouchement et les symptômes de SPT, anxieux et dépressifs | 59 |
| Lien entre l'II, l'expérience traumatique de l'accouchement et les SSPT | 65 |
| Forces et limites..... | 67 |
| Pistes de recherche futures | 72 |
| Conclusion | 75 |
| Références | 80 |
| Appendice | 89 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Répartition selon les variables sociodémographiques et obstétriques | 29 |
| 2 | Analyse factorielle des items choisis de l'EPA..... | 40 |
| 3 | Statistiques descriptives des variables et mesures de cohérence interne propres à l'échantillon..... | 42 |
| 4 | Incidence des réponses à l'EPA | 47 |
| 5 | Corrélations entre les mesures de trauma et les variables cognitives | 50 |
| 6 | Prédictions des symptômes psychologiques à partir de l'expérience traumatique et de l'II. | 54 |

Remerciements

Plusieurs personnes ont rendu plus facile la rédaction de cette thèse devenue mémoire en cours de route. Quelques mots pour vous remercier de votre immense soutien :

d'abord à Patrick pour la finitude de ta très grande patience, ta compréhension et ton accompagnement bienveillant;

à Martin qui m'amène à donner le meilleur de moi-même chaque jour;

à Constance et Marion, à Camille, à Camille, à Rachel, à Daphné et à Stephanie, pour les tasses de thé passées et les éclats de rire qui restent à venir;

aux collègues et aux profs, pour le plaisir de se découvrir sur le tard et pour la perfusion de savoir-être;

à Chantal, pour l'absence de quincaillerie dans ton bureau;

à ma famille, pour votre amour et votre sensibilité, sans lesquels je serais peut-être devenue actuaire;

à Fleurette, pour la rigueur de reprendre toutes les mailles qu'on échappe;

Merci ♥

Introduction

Le siècle dernier a été marqué par la guerre, par les luttes féministes et par d'importantes avancées médicales. Ces facteurs ont modifié le rôle des pères de même que leur expérience à la naissance de leur enfant.

La première moitié du 20^e siècle connaît d'importants conflits armés sur le plan mondial. La réalité de la guerre affecte les soldats qui reviennent au pays affligés par une gamme de symptômes. Ces symptômes ont déjà été étudiés auparavant, sous divers noms (p. ex., choc des tranchées, névrose de guerre, névrose traumatique) et par différents auteurs (p. ex., Freud, Ferenczi, & Abraham, 2010). La première édition du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM, American Psychiatric Association [APA], 1952) inscrit la réaction de stress brute dans la catégorie des troubles transitoires et situationnels de la personnalité. Cette condition, décrite comme la réponse d'un individu normal à une expérience de stress intolérable, serait liée au combat ou à une catastrophe naturelle. Débutant en 1955, la guerre du Viêt Nam dure près de deux décennies et marque profondément la population américaine. Près de 271 000 vétérans du Viêt Nam auraient toujours un trouble de stress posttraumatique aujourd'hui (Marmar et al., 2015). Il faut toutefois noter que l'appellation trouble de stress posttraumatique (TSPT) ne fait son apparition dans le DSM-III que quelques années après la fin de la guerre au Viêt Nam, soit en 1980 (APA, 1980). L'idée qu'un état

psychopathologique puisse être induit par un évènement traumatique quant à elle s'inscrit dans la continuité de la réaction de stress brute. Le TSPT est alors classifié parmi les troubles anxieux. Le DSM-III détaille les symptômes de reviviscence et ajoute quelques situations potentielles à la définition de l'expérience traumatique. Les éditions subséquentes du manuel libéralisent peu à peu cette définition. La 5^e édition du DSM a retiré le trouble de stress posttraumatique de la catégorie des troubles anxieux, le qualifiant plutôt de trouble lié à un traumatisme ou à des facteurs de stress. La définition actuelle d'évènement traumatique inclut notamment les évènements vécus en tant que témoins et les évènements vécus par des proches (APA, 2013).

Le siècle dernier amène d'importantes transformations quant au statut de la femme au Québec. Le fait d'être reconnue à titre de personne par la législation britannique en 1929, l'obtention du droit de vote en 1940 (Baillargeon, 2012) ainsi que l'implication croissante des femmes dans les sphères sociales et politiques (allant de la première femme élue à l'Assemblée nationale du Québec en 1961 [Gagnon, 1962], jusqu'à l'élection de Pauline Marois comme première ministre du Québec [Lessard, 2012]) en sont quelques exemples. En reconnaissant l'implication des femmes à l'extérieur de la maison, ces transformations assouplissent les stéréotypes en place de « reine au foyer » et de « pourvoyeur » et contribuent à l'implication des pères dans la famille. D'autres mesures participent à cet assouplissement, comme les méthodes de planification familiale (p. ex : la dépénalisation de la contraception orale en 1969

[Masingue, 2003] et le droit à l'avortement en 1989 [Charton & Lévy, 2011]). Celles-ci permettent que davantage de grossesses relèvent de la décision de couples souhaitant devenir parents. L'arrivée du congé de paternité au Québec en 2006 reconnaît enfin l'importance de l'implication des pères auprès de leur enfant devant la loi (Cauchy, 2005).

Le contexte de l'accouchement lui-même a connu des changements considérables. Au début du siècle, il se déroule à domicile et les conditions de contiguïté et d'insalubrité dans les logements ouvriers sont problématiques (Milot, 2010). Dans un effort de lutte contre la mortalité infantile, l'accouchement à l'hôpital est introduit et mis de l'avant par les dirigeants et les médecins comme une option plus sécuritaire et plus moderne (Rivard, 2014). Il faut attendre à 1950 pour que la majorité des femmes accouche à l'hôpital (Rivard, 2010). Les pères sont alors exclus de la salle de travail par le clergé et les médecins : il est craint que le fait d'assister à l'accouchement leur soit nocif. Dans les années 1970, les règlements des hôpitaux leur donnent finalement accès à la salle d'accouchement et un retour de « l'accouchement naturel » est observé (Rivard, 2016). Aujourd'hui, la décision de donner naissance à la maison ou à l'hôpital relève du choix des parents et de l'avis des médecins quant aux grossesses à risque. Malgré l'essor de la présence des pères à l'accouchement, de récentes études rapportent que l'expérience peut s'avérer difficile pour certains d'entre eux.

Le trauma de l'accouchement est une appellation généralement réservée à l'expérience des femmes : il survient lors de la naissance et implique une menace pour la vie ou des blessures sévères pour la mère ou son enfant (Beck, 2007). Celle-ci peut ressentir une peur intense, de l'impuissance, de l'horreur ou une perte de contrôle et des symptômes de posttraumatiques peuvent ensuite apparaître (p. ex., pensées intrusives, croyances mésadaptées, évitement cognitif ou comportemental, reviviscences, labilité de l'affect ou affect plat, hypervigilance; Ayers, Wright, & Wells, 2007). Cette définition stipule qu'une menace particulière marque la naissance or, des mères qui ne satisfont pas ce critère vivent tout de même des symptômes traumatiques. Selon une autre étude d'Ayers (2007), l'expérience subjective du parent influencerait la perception traumatique de l'accouchement. La plupart des femmes auraient des cognitions similaires à l'accouchement, mais celles ayant des symptômes de stress posttraumatique (SSPT) en post-partum auraient des cognitions distinctes : dissociation, pensées d'échec et de mort, panique, colère et impuissance. Les résultats d'Ayers suggèrent que des caractéristiques idiosyncrasiques, comme des facteurs psychologiques, pourraient affecter la perception de l'accouchement et contribuer à le rendre traumatique.

Les critères du trouble de stress posttraumatique (TSPT) incluent le fait d'être témoin d'une blessure grave survenue à d'autres ou le fait que des événements traumatiques arrivent à un membre de la famille proche (APA, 2013). Un père assistant à la naissance de son enfant apparaît ainsi doublement à risque : (1) il est directement

témoin d'un évènement où la vie d'êtres humains est potentiellement menacée et (2) cet évènement concerne deux membres de sa famille proche ; sa conjointe et son enfant. Les pères présents à l'accouchement seraient aussi plus à risque puisqu'ils voient les procédures médicales (c.-à-d. la perte de sang, les incisions, etc.) lorsque leur système adrénalinergique est hautement activé (Bradley, Slade & Levingston, 2008). L'état mental des pères suivant la naissance de leur enfant, ainsi que l'impact de celui-ci auprès de leur nouveau-né est moins documenté que pour les mères (Bradley & Slade, 2011). Les études qui s'y sont intéressées ont pour leur part montré que l'accouchement pouvait être une expérience traumatisante pour les pères qui y assistent (White, 2007). Les conséquences chez les pères incluent notamment des symptômes de stress posttraumatique en post-partum tel que l'hypervigilance, la reviviscence et l'évitement des situations rappelant l'accouchement (Zerach & Magal, 2016), ainsi que des répercussions négatives sur leur fonctionnement et dans leur relation avec leur partenaire et leur enfant (Etheridge & Slade, 2017). Contrairement aux études réalisées chez les mères, peu d'études chez les pères se sont intéressées à la notion d'expérience traumatique de l'accouchement ou sur ses facteurs explicatifs (Bradley & Slade). Quelques études mesurent l'incidence du trouble de stress posttraumatique en contexte postnatal chez les pères (Parfitt & Ayers, 2014 ; Zerach & Magal, 2016), or aucune étude réalisée auprès des pères ne documente le trauma de l'accouchement en le distinguant des symptômes de stress posttraumatiques en post-partum. Ainsi, il apparaît important de se pencher sur la situation chez les pères.

Ce mémoire s'intéresse au vécu traumatique de l'accouchement chez les pères, aux symptômes anxieux et dépressifs qui peuvent y être associés, tout en faisant la distinction entre l'expérience traumatique et les symptômes de stress posttraumatique. Il s'interroge sur les autres facteurs psychologiques pouvant être liés aux variables de l'expérience traumatique et s'intéresse aux variables sociodémographiques et obstétriques associées.

Le présent mémoire se divise en cinq sections. La première établit les bases théoriques de l'expérience traumatique chez les pères, des symptômes anxiodépressifs en post-partum et d'autres facteurs psychologiques pertinents. Les relations possibles entre les différents concepts y sont examinées et les objectifs et hypothèses à l'étude y sont présentés. La seconde section explique la méthode utilisée, tandis que la troisième détaille les analyses et les résultats obtenus. La quatrième section présente une discussion des résultats obtenus et évalue différentes pistes explicatives pour les résultats. La cinquième et dernière section conclut ce mémoire en apportant des implications cliniques de la présente étude.

Contexte théorique

Le trauma de l'accouchement et la réaction traumatique sont souvent confondus dans les écrits scientifiques. Avant d'examiner les études pertinentes, il semble important d'en faire la distinction. En anglais le terme *trauma* a plusieurs définitions : (1) une blessure; (2) un état psychique ou comportemental désordonné résultant d'un stress mental ou émotionnel grave ou d'une blessure physique; (3) un bouleversement émotionnel; ou encore (4) l'agent, la force ou le mécanisme *causant* le traumatisme (Merriam-Webster, 2019). Cette définition semble causer une ambiguïté puisqu'elle combine la cause, l'émotion ressentie et les conséquences. La langue française apporte plus de nuances : les termes *trauma* et *traumatisme* renvoient à une blessure ou un violent choc émotionnel, ou encore aux perturbations pouvant survenir par la suite (Rey, Rey-Debove & Robert; 2018). Dans le présent mémoire, le terme *trauma de l'accouchement* désigne spécifiquement la perception individuelle ainsi que l'expérience traumatique de l'accouchement, en excluant la réaction traumatique et les symptômes de stress posttraumatique. Les termes trauma de l'accouchement et expérience traumatique de l'accouchement seront utilisés de façon interchangeable.

Cette section présente l'état des écrits scientifiques concernant le trauma de l'accouchement chez les pères et les symptômes psychologiques lors du post-partum qui y sont associés, afin d'illustrer l'ampleur de leurs impacts sur la paternité. La prévalence du trauma de l'accouchement et du TSPT en contexte postnatal ainsi que

les conséquences et les facteurs de risques qui peuvent y être associés seront abordés. Parmi les facteurs de risque, un intérêt particulier est porté à la variable psychologique de l'intolérance à l'incertitude et au rôle qu'elle joue dans le trauma de l'accouchement.

Prévalence

Peu d'études ont détaillé la prévalence des symptômes posttraumatiques en post-partum chez les pères, et aucune étude recensée ne s'intéressait à l'expérience traumatique de l'accouchement auprès de cette population. Les pères sont pourtant à risque de troubles anxieux dans le contexte postnatal, lors duquel la prévalence des nouveaux pères rencontrant le seuil critique de l'anxiété clinique est estimée à 10 % (Wynter, Rowe, & Fisher, 2013). La prévalence du trauma de l'accouchement ne semble pas documentée chez les pères. Des données portant sur le TSPT postnatal, incluant nécessairement le trauma de l'accouchement et une réaction traumatique subséquente, sont toutefois disponibles et font état d'une prévalence entre 1,2 % et 5 % (Parfitt & Ayers ; 2014 ; Zerach & Magal, 2016). Bradley, Slade et Levinston (2008) ont documenté la prévalence des SSPT chez 199 pères présents à l'accouchement de leur conjointe à 72h et six semaines en post-partum. Ils ont comparé la prévalence et les prédicteurs du TSPT à la prévalence des symptômes de dépression et d'anxiété. Leurs résultats montrent qu'aucun homme ne satisfaisait les critères dans les trois dimensions du TSPT (intrusions, évitement et hypervigilance). Ces résultats pourraient masquer un taux plus élevé de TSPT, considérant que les hommes n'ayant pas retourné

les questionnaires pourraient être les plus symptomatiques. Ils notent que 12 % rapportaient des symptômes significatifs dans au moins une dimension de TSPT, l'hypervigilance étant la plus courante.

Quelques études sur le trauma de l'accouchement documentent la situation chez les mères. Abdollahpour, Abbas Mousavi, Motaghi, Keramat et Khosravi (2017) ont mesuré la prévalence du trauma de l'accouchement chez 400 Iraniennes, à 48h en post-partum. Les critères d'exclusion comprenaient les problèmes de santé mentale, les césariennes électives et des antécédents d'infertilité. Leur évaluation du trauma reposait sur quatre questions fermées; la réponse *Oui* à au moins trois questions indiquant la présence d'un trauma de l'accouchement. Leurs résultats estiment la prévalence de l'expérience traumatique à 48,3 %. La documentation scientifique rapporte une prévalence pour le TSPT postnatal significativement moins élevée. Zaërs et ses collègues (2008) ont suivi 47 mères depuis la fin de la grossesse jusqu'à 6 mois après l'accouchement, afin de documenter la survenue de symptômes traumatiques, anxieux et dépressifs. L'étude conclut à une importante présence de symptômes psychologiques et somatiques et évalue la prévalence de TSPT lors du post-partum à 6 % lors de la sixième semaine et à 14,9 % au sixième mois. S'ils ont décelé une diminution des symptômes psychologiques généraux, tels que l'insomnie, l'anxiété et l'altération du fonctionnement social, lors des six premières semaines postnatales, leurs observations indiquent que les symptômes dépressifs et de stress posttraumatique quant à eux se maintiennent ou augmentent dans le post-partum. Ces résultats illustrent

l'importance de s'intéresser à ces symptômes qui, s'ils ne sont pas traités, pourraient se chroniciser. L'écart entre la prévalence du trauma de l'accouchement et celle du TSPT pourrait s'expliquer du fait qu'un trauma ne conduit pas nécessairement à des SSPT, l'apparition de ceux-ci pouvant être influencée par des variables individuelles.

Conséquences

Les conséquences d'un accouchement traumatique chez les pères peuvent prendre diverses formes et affecter leur fonctionnement. Les symptômes de détresse en contexte postnatal peuvent les rendre moins disponibles pour leur enfant ou leur conjointe (Etheridge & Slade, 2017) et la réaction traumatique peut, entre autres, mener à des SSPT. Zerach et Magal (2016) ont réalisé une étude longitudinale auprès de 171 hommes israéliens. Ils rapportent que plus le stress perçu lors de l'accouchement était élevé, plus le participant rapportait des SSPT en post-partum. Etheridge et Slade (2017) ont interrogé 11 nouveaux pères, recrutés par le biais de sites internet portant sur le trauma de l'accouchement et la parentalité, afin d'évaluer l'étendue des SSPT. La plupart des participants rapportaient des symptômes de stress posttraumatique significatifs à l'Impact of Event Scale (IES). Les hommes décrivaient l'expérience traumatique d'accouchement dans une grille d'entrevue semi-structurée. Leurs récits, examinés par l'analyse thématique, recoupaient quatre thèmes : (1) l'impression de montagnes russes; (2) être habité par la peur de perdre sa partenaire ou son enfant; (3) ressentir la détresse de leur partenaire tout en tentant de conserver un air calme malgré

l'impression d'assister à une catastrophe; et finalement (4) le sentiment d'être exclus du processus par le personnel hospitalier. Parfitt et Ayers (2009) ont interrogé par questionnaires 152 nouveaux parents (dont 26 hommes) recrutés par internet et ayant un enfant âgé entre 1 et 24 mois. Leur objectif était de documenter la relation entre, d'une part les SSPT et la dépression post-partum (DPP ; évaluée avec l'Échelle de Dépression postnatale d'Édimbourg) et d'autre part la relation de couple (évaluée avec la Dyadic Adjustment Scale) et la relation parent-enfant (évaluée avec le Postpartum Bonding Questionnaire). Les résultats montrent que les SSPT postnataux peuvent être présents chez les deux parents, les hommes en rapportant toutefois moins. Les individus rapportant des SSPT se distinguaient significativement par leurs variables obstétriques et individuelles : les accouchements provoqués, les césariennes d'urgence, un moins grand contrôle perçu et la naissance perçue comme pire que prévu. Les individus rapportant ces variables étaient, lors du post-partum, plus à risque de symptômes de DPP et de signaler un lien parent-enfant moins fort. Les résultats de Parfitt et Ayers indiquent également une grande comorbidité entre le TSPT et la DPP.

Dans l'étude de la trajectoire symptomatique posttraumatique, des symptômes anxieux sont également soulevés (Stein et al.; 1996). Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est rapporté comme conséquence du trauma, avec la dépression majeure, le trouble panique et le TSPT (Ayazi, Lien, Eide, Swartz, & Hauff, 2014). Hors du contexte postnatal, Grant, Beck, Marques, Palyo et Clapp (2008) ont procédé à une analyse factorielle des construits et des symptômes compris dans le TSPT, la

dépression majeure et le TAG. Ils ont interrogé 168 accidentés de la route parmi lesquels 57 % remplissaient les critères diagnostiques du TSPT, 29,4 % remplissaient ceux de la dépression majeure et 31,6 % ceux du TAG. Ils ont établi qu'un modèle distinguant les trois troubles concordait davantage à leurs données que d'autres modèles les regroupant. Les résultats soulèvent qu'un TAG peut survenir indépendamment après un trauma. Ces résultats révèlent également que, lorsque la dépression majeure et le TSPT sont comorbides, ils présentent des symptômes distincts.

Un lien a aussi été établi entre l'exposition au trauma et les symptômes du TAG. Par exemple, Ghafoori et al., (2009) ont observé que même en contrôlant pour la présence de symptômes de TSPT, de panique, de symptômes dépressifs et d'autres caractéristiques individuelles, les symptômes du TAG s'avéraient deux fois plus élevés chez les individus exposés au trauma (pour eux ou pour un proche) des attaques du 11 septembre 2001. Les auteurs soulignent toutefois ne pas avoir évalué de façon approfondie les différents symptômes du TAG, notamment sa caractéristique centrale : la tendance à s'inquiéter. Ils suggèrent de poursuivre des études sur le sujet avec d'autres outils. La tendance à s'inquiéter (TI; en anglais *worry*) réfère à un fil de cognitions appréhensives, connotées négativement et sur lequel un individu aurait relativement peu de contrôle (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). La prévalence postnatale du TAG est quant à elle évaluée entre 1,2 % et 5,2 % (Fairbrother, Janssen, Antony, Tucker, & Young, 2016). Le TAG a été identifié par plusieurs études comme facteur de risque au développement d'autres troubles

postnataux (p. ex., la DPP ; Prénoveau et al., 2013). Or, aucune étude recensée dans ce mémoire ne portait sur le lien entre le TAG et le trauma de l'accouchement. Il est constaté que les études abordant les conséquences du trauma chez les pères sont exploratoires, non spécifiques aux pères ou n'ont pas été réalisées en post-partum.

Facteurs de risques

Très peu d'études ont abordé les facteurs de risque du trauma de l'accouchement ou du TSPT subséquent chez les pères. White (2007) a interrogé 21 pères rapportant être traumatisés par l'accouchement de leur conjointe. Les participants faisaient le récit de leur expérience et les réponses suffisamment longues étaient conservées. L'évaluation du trauma était laissée à la subjectivité du père, dans la ligne de pensée que *le trauma est dans la perception de celui qui le vit* (Beck, 2007). L'analyse des résultats selon une approche par phénoménologie descriptive a fait ressortir quatre facteurs ayant pu contribuer au trauma : (1) le sentiment d'impuissance; (2) la cicatrisation sexuelle requise par la suite; (3) le sentiment de devoir être fort et invulnérable; (4) l'impression d'être exclu et non considéré. Une étude par questionnaires présentée précédemment a identifié comme facteurs de risque des SSPT en post-partum le fait d'être primipare, la non-planification de la grossesse et l'anxiété de trait (Bradley, Slade & Leviston ; 2008). Ces études sont difficilement reproductibles vu l'emploi de données qualitatives et la petite taille d'échantillon. Chez les mères, davantage d'études portent sur les facteurs de risque et pourraient fournir

des informations à considérer pour les pères. Iles, Slade et Spiby (2011) soulignent que la réponse émotionnelle des hommes en post-partum tend à se rapprocher de celle de leur conjointe.

Afin d'évaluer les facteurs de risques du TSPT liés à l'accouchement, Denis, Parant et Callahan (2011) ont interrogé 275 femmes (recrutées à la maternité d'un hôpital) à quatre reprises : 48h après la naissance (T1), au premier mois en post-partum (T2), au quatrième (T3) et au neuvième (T4). Au T1, les symptômes dépressifs sont liés aux SSPT ($\beta = 0,38, p < 0,01$), semblant indiquer la présence de liens bidirectionnels entre les symptômes dépressifs et les SSPT à un mois en post-partum. Leurs résultats révèlent également qu'au T3, être primipare ($\beta = 0,18, p = 0,03$), avoir été transférée dans un hôpital pour grossesses à haut risque ($\beta = 0,16, p = 0,04$), la non-participation aux cours prénataux ($\beta = 0,17, p = 0,03$), un faible contrôle perçu à l'accouchement ($\beta = -0,24, p = 0,01$) et les symptômes de DPP ($\beta = 0,38, p < 0,01$) ont été liés à davantage de SSPT. Au T4, trois facteurs sont encore liés aux SSPT, soit la primiparité ($\beta = 0,22, p = 0,001$), le transfert dans un hôpital pour grossesses à haut risque ($\beta = 0,21, p = 0,02$) et les symptômes de DPP ($\beta = 0,40, p = 0,001$).

Le consensus des facteurs de risque du TSPT postnatal s'établit autour des thèmes de l'inconnu (p. ex., ne pas avoir assisté aux cours prénataux, la primiparité, etc.; Denis, Parant & Callahan, 2011) et de l'imprévu (p. ex., la prématurité, les complications réelles ou perçues; Montmasson, Bertrant, Perrotin, & El-Hage, 2012).

Des caractéristiques individuelles sont aussi associées à plus de risques de TSPT: les antécédents d'avortements, de fausses couches ou d'infertilité (Ayers & Ford, 2016), un score d'anxiété élevé (Montmasson et al.), les antécédents de trauma (Boorman, Devilly, Gamble, Creed, & Fenwick, 2014) et la comorbidité avec des symptômes dépressifs (Denis et al.), et pourraient être liées à la capacité personnelle à composer avec des événements imprévus ou incertains. Peu d'études en post-partum se sont intéressées aux liens entre l'II, les SSTP et les symptômes anxieux ou dépressifs.

L'intolérance à l'incertitude

Parmi les éléments présentés précédemment, les pères ayant plus de difficulté à gérer ce qui est imprédictible pourraient être plus à risque de vivre un trauma de l'accouchement et pourraient rapporter plus de symptômes de SPT, de symptômes anxieux ou dépressifs par la suite. L'II est une vulnérabilité psychologique amenant un individu à considérer ce qui est incertain comme étant menaçant. Il s'agit de la tendance excessive à considérer comme inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif survienne (Dugas, Gosselin & Ladouceur, 2001). Selon Gosselin et al. (2008), elle représenterait un biais cognitif menant les individus à percevoir les situations incertaines comme étant dérangeantes ou inacceptables, entraînant chez eux diverses réactions émotionnelles (p.ex., anxiété, frustration), cognitives (p.ex., la TI, le doute) et comportementales (p.ex., la vérification, la recherche de réassurance, l'évitement). Certains auteurs regroupent les manifestations en deux dimensions :

inhibitrice (p. ex : être incapable d'agir devant l'incertitude ; Fetzner, Horswill, Boelen, & Carleton, 2013) et prospective (p. ex : déployer des comportements visant à réduire l'incertitude ; McEvoy & Mahoney; 2011). L'II a été liée à la dépression et à de nombreux symptômes et troubles anxieux, certains auteurs allant jusqu'à proposer qu'elle soit une variable transdiagnostique fondamentale des troubles anxieux (Carleton et al., 2012). Çevik et Yağmur (2018) montrent une relation négative entre le niveau d'II et le niveau de bien-être psychologique. Ils rapportent des différences très significatives entre les niveaux d'II des femmes enceintes à risque de fausse couche et des participantes-contrôles. Ils posent l'hypothèse que l'II, au moment déjà stressant de la grossesse, affecte le bien-être psychologique, insistant sur l'importance de s'intéresser à cette variable dans le contexte postnatal.

Dans une étude mentionnée précédemment, Zerach et Magal (2016) ont évalué les SSPT, la sensibilité à l'anxiété (SA), l'II et le stress subjectif lors de l'accouchement. Les pères ont répondu à deux batteries de questionnaires, la première au troisième trimestre de la grossesse et la deuxième au premier mois du post-partum. Les résultats montrent des corrélations entre les niveaux d'anxiété et de TSPT au premier temps de mesure (T1) et ces mêmes taux au second temps de mesure (T2). Un stress subjectif élevé et les antécédents de symptômes anxieux et de SSPT (mesuré au T1) ont été liés à plus de symptômes anxieux et de SSPT (T2). L'II (T1) a été liée faiblement aux symptômes de SPT ($r = 0,31$, $p < 0,001$) et d'anxiété ($r = 0,30$, $p < 0,01$) au T2, tandis que la SA (T1) a été liée modérément aux SSPT ($r = 0,40$,

$p < 0,001$) et à l'anxiété ($r = 0,35$, $p < 0,01$) au T2, sans toutefois contrôler pour les variables pertinentes. Des régressions hiérarchiques ont comparé l'effet prédictif de trois différents modèles sur les symptômes anxieux et les SSPT (T2). L'II n'a pas permis de prédire les SSPT (T2) après avoir contrôlé pour la scolarité et les SSPT (T1). L'effet modérateur de l'II sur le lien entre le stress subjectif et les SSPT était non significatif. Quant à lui, le rôle modérateur de la SA sur le lien entre le stress subjectif et les SSPT était significatif. Des questionnements sont toutefois soulevés, d'abord quant à l'indépendance de la SA et de l'hypervigilance, vu leurs manifestations similaires. Les résultats observés pourraient résulter d'une confusion considérant que l'indépendance de ces construits n'est pas démontrée et que l'étude ne mentionne pas de précautions prises pour les distinguer. D'autre part, les auteurs ont souligné que la combinaison de l'II et de la SA au même modèle de régression a pu mener à un problème de multicollinéarité des résultats, empêchant l'II de ressortir comme significative. Le chevauchement de ces deux variables a été démontré, comme leur indépendance de construit (Carleton, Sharpe & Asundson, 2007). La faible cohérence interne ($\alpha = 0,62$) de l'outil non validé évaluant le stress subjectif pourrait indiquer que certains items mesuraient des construits moins liés. La réponse aux questionnaires lors du premier mois du post-partum est problématique, car la période minimale de maintien des symptômes du TSPT est d'un mois après le trauma. Des auteurs évoquent l'importance de passer les deux premiers mois du post-partum dans les études pour éviter la *lune de miel* liée à la naissance pouvant influencer le niveau d'anxiété des

parents (Wicki, 1999). Vu la chronicité des SSPT, une étude gagnerait à évaluer ces symptômes plus tard en post-partum.

Hors du contexte postnatal, Fetzner, Horswill, Boelen et Carleton (2013) ont évalué par questionnaires l'expérience traumatique, les SSPT, la SA et l'II auprès de 122 participants recrutés par le biais des réseaux sociaux. La corrélation observée entre des comportements inhibitoires de l'II et les SSPT d'hyperactivation ($r = 0,53$, $p < 0,01$) laisse à penser que ces symptômes puissent être liés aux manifestations d'II qui figent l'individu (p. ex., « Quand c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse »). Les auteurs suggèrent que le lien entre l'II inhibitrice et les SSPT serait plus prononcé lorsque l'avenue de l'évènement traumatique était incertaine et l'individu, se percevant comme responsable, figerait. Ceci fait écho aux études qualitatives rapportées plus haut dans lesquelles les pères traumatisés par l'accouchement s'étaient sentis spectateurs et inutiles, en plus de juger être responsable de la grossesse (Beck, 2007; Etheridge & Slade, 2017). Ainsi, ces pères seraient particulièrement à risque que l'II aggrave leurs SSPT.

Brodeur, Claing, Gehl, Roy, et Tiscia (2017) ont exploré les liens entre l'II et les symptômes anxieux en post-partum, notamment ceux du TAG. Ils ont interrogé par questionnaires 385 nouveaux pères recrutés dans des cours de développement d'habiletés parentales, par le biais d'affiches et sur les réseaux sociaux. En contrôlant pour les symptômes dépressifs, ils ont conclu que des niveaux plus élevés d'II étaient

modérément liés à la TI ($r = 0,56$, $p < 0,01$) et aux symptômes du TAG postnataux ($r = 0,57$, $p < 0,01$). Toutefois, ils n'ont pas étudié les symptômes anxieux et les variables cognitives postnataux en lien avec un trauma de l'accouchement. En considérant les manifestations anxieuses sans rappeler le contexte traumatique de leur origine, les auteurs ont potentiellement omis une part importante de l'expérience des pères et du sens du symptôme.

Enfin, Bardeen, Fergus et Wu (2013) ont évalué l'II, la TI et la présence de SSPT par questionnaires chez 89 étudiants recrutés dans le contexte d'un cours universitaire. Analysée de façon indépendante, l'II ne permettait de prescrire aucun des groupements de SSPT (c.-à-d. hypervigilance, évitement et reviviscence). La TI permettait de prédire significativement les SSPT d'hypervigilance. Les résultats témoignent aussi d'une relation positive significative entre la TI et les SSPT chez les participants qui rapportaient également des scores élevés d'II. Un effet d'interaction entre l'II et la TI sur les SSPT a été constaté. Ceux qui rapportaient des scores plus élevés d'II et de TI rapportaient significativement plus de SSPT. Cette interaction était d'autant plus notable spécifiquement pour les symptômes d'hypervigilance. Les auteurs lient ce résultat avec « l'utilité » de l'hypervigilance, qui tente de réduire les dangers en éliminant l'incertitude et avec le fait qu'il s'agisse du SSPT ayant le plus d'impact sur le rétablissement du TSPT, étant donné qu'il est associé à plus de chronicité et moins d'améliorations.

S'intéresser à l'implication de la TI dans le cadre du TSPT et de l'II apparaît important. Un parent traumatisé par l'accouchement, ayant une tolérance limitée à l'incertitude et ayant tendance à s'inquiéter, pourrait rapidement se retrouver pris dans un cercle vicieux : l'II exacerbe l'hypervigilance du TSPT qui elle-même alimente la TI. Plus d'études sont nécessaires chez les pères pour documenter le lien entre le TAG et le trauma de l'accouchement ainsi que la relation entre les symptômes anxieux, les symptômes dépressifs, les SSPT et les variables cognitives.

Objectifs et hypothèses

Cette recherche a pour objectifs (1) d'explorer chez les nouveaux pères l'incidence du trauma de l'accouchement et de la réaction posttraumatique en post-partum; (2) d'examiner les liens entre, d'une part, le trauma de l'accouchement des pères et, d'autre part, les SSPT, les symptômes du TAG (incluant la TI) et les symptômes dépressifs postnataux, en tenant compte de facteurs sociodémographiques (âge, état civil, scolarité, situation familiale, revenu) et obstétriques pertinents à contrôler (p. ex., fausse couche et complications); (3) d'étudier le lien entre, d'une part, l'II des pères et, d'autre part, leur trauma de l'accouchement et les symptômes posttraumatiques, en contrôlant pour les facteurs sociodémographiques et obstétriques pertinents. La première hypothèse stipule que (a) le trauma de l'accouchement des pères sera lié positivement aux SSPT, aux symptômes du TAG (TI et symptômes somatiques) et aux symptômes dépressifs postnataux. Il est aussi postulé que (b) la

sévérité d'II des pères sera liée positivement à l'intensité du trauma de l'accouchement et à leurs SSPT.

Méthode

Cette section détaille la méthode utilisée lors du recrutement, de la collecte d'informations et des analyses statistiques qui ont mené à la vérification des hypothèses de l'étude. Cette section traite aussi des participants et des caractéristiques de l'échantillon, des instruments de mesure utilisés et de l'attention accordée au respect de l'éthique.

Participants et déroulement

Cette étude corrélationnelle fut réalisée selon un plan de recherche transversal à l'aide de données secondaires. L'étude initiale explorait les facteurs liés aux symptômes du TAG et de la DPP chez des pères. Selon la taille d'effet moyenne (f^2 de Cohen = 0,16, $p < 0,001$) de l'interaction entre l'II et la TI sur les SSPT d'hypervigilance recensée par Bardeen, Fergus et Wu (2013), un échantillon de 100 pères serait suffisant pour répondre aux objectifs (G*Power 3.1.9.2, 2019). L'échantillon de l'étude initiale apparaît suffisant et permettra d'explorer les SSPT des pères.

Les participants ont été recrutés au Québec : (a) en présentant l'étude au cours d'activités de développement des compétences parentales; (b) par des affiches sur les babillards universitaires ; et (c) en publicisant l'étude sur les réseaux sociaux. Les pères désirant participer accédaient aux formulaires et aux questionnaires par internet. Pour

être admissibles, ils devaient : être père primipare d'un enfant âgé de moins un an, avoir assisté à l'accouchement et être encore en couple avec la mère de leur enfant. Les pères endeuillés de leur conjointe ou leur enfant étaient exclus. Ceux étant admissibles et désirant participer accédaient au site sécurisé SurveyMonkey pour remplir les questionnaires (une seule passation, durée d'une heure). Ils arrivaient à un message de bienvenue rappelant les objectifs de l'étude, puis au formulaire de consentement clarifiant les éléments éthiques, les avantages et inconvénients de la participation ainsi que les précautions sur l'anonymat et la confidentialité des données conservées. En guise de compensation, les pères se qualifiaient pour le tirage d'une carte-cadeau de 200\$. Les coordonnées du chercheur responsable et des ressources d'aide psychologique étaient mises à la disposition des participants en ressentant le besoin. Après avoir retiré les participants ne remplissant pas les critères d'éligibilité, l'échantillon actuel comporte 543 participants.

Portrait des participants

Un portrait de la répartition des participants selon différentes variables sociodémographiques est disponible dans le *Tableau 1*. La majorité de l'échantillon a rapporté être âgé de 25 à 35 ans, l'étendue d'âge allant de 18 à 45 ans. Quatorze participants (2,60 %) n'ont pas indiqué leur âge. Les pères ont rapporté faire vie commune avec la mère de leur enfant depuis en moyenne 6,10 ans. L'étendue d'âge des enfants se situe entre 0 et 52 semaines. Près de l'entièreté des participants a rapporté

vivre au Canada (97,20 %) et la grande majorité d'entre eux a rapporté être né au Québec (90,60 %). Quelques participants ont rapporté vivre en Algérie (0,20 %), en Belgique (0,20 %), en Colombie (0,20 %) et en France (2,20 %).

Les pères ont rapporté différents niveaux de satisfaction quant à leur revenu familial. La majorité (69,10 %) des participants ont dit en être *satisfaits* ou *très satisfaits*. Près du tiers des pères (28,00 %) a par le passé consulté un professionnel pour un problème émotionnel. Près de la moitié (48,10 %) de l'échantillon a rapporté avoir un proche ayant déjà consulté pour un problème émotionnel.

Variables obstétriques. La majorité des participants (89,20 %) n'a jamais vécu d'avortement avec leur partenaire actuelle ou une ancienne partenaire. Chez les participants qui ont rapporté avoir déjà vécu un avortement, le mode et la médiane sont de 1, et le maximum est de 10. Près de vingt pour cent (19,30 %) des participants ont rapporté avoir déjà vécu une fausse couche avec leur partenaire actuelle ou une ancienne partenaire. Chez les 105 participants qui ont rapporté avoir déjà vécu une fausse couche, le mode et la médiane étaient de 1, et le maximum était de 4. Une minorité de l'échantillon (3,10 %) rapportait avoir vécu un autre type de perte périnatale (p. ex., décès du fœtus, décès à la naissance). La majorité de l'échantillon (94,10 %) rapportait que leur enfant avait été conçu de façon naturelle; 5,30 % rapportaient avoir eu recours à la procréation assistée et trois participants (0,60 %) mentionnaient une autre méthode de conception, soit la prise de médication pour

infertilité ou le recours à un donneur anonyme. Pour 5,70 % de l'échantillon, la partenaire a accouché par césarienne électorive tandis que 14,70 % ont nécessité une césarienne d'urgence. Plus du tiers des pères (39,00 %) ont rapporté des complications lors de l'accouchement. Parmi celles-ci, on note un temps de travail très long, l'utilisation de ventouses ou de forceps, des hémorragies, un déplacement du coccyx, des problèmes cardiaques ou respiratoires pour l'enfant ou la mère, des arrêts du travail, des décollements placentaires, des pertes de conscience, des épisiotomies et déchirures, des inversions utérines, des problèmes quant au positionnement du bébé, des pré-éclampsies et finalement, des problèmes liés à l'utilisation de médicament. Dans 11,00 % des cas, les pères ont rapporté que l'enfant était né prématurément. Cette variable autorapportée s'écarte toutefois de la définition médicale de la prématurité (<37 semaines) , allant d'une naissance quelques jours avant terme à une gestation de 25 semaines, signifiant un très grand prématuré (< 28 semaines).

Tableau 1
Répartition selon les variables sociodémographiques et obstétriques

| Variables sociodémographiques continues | <i>M</i> | <i>ET</i> |
|---|----------|-----------|
| Âge des pères (années) | 30,02 | 4,94 |
| Durée du couple (mois) | 71,08 | 41,97 |
| Âge de l'enfant (mois) | 22 | 13,97 |
| Variables sociodémographiques catégorielles | <i>n</i> | % |
| Né au Québec | | |
| Oui | 492 | 90,60 |
| Non | 51 | 9,40 |
| État civil | | |
| Marié | 113 | 21,10 |
| Non-Marié | 430 | 79,20 |
| Niveau de scolarité | | |
| Primaire-Secondaire | 168 | 31,00 |
| Collégial | 119 | 21,90 |
| Universitaire | 171 | 31,50 |
| Autre | 85 | 15,7 |
| Occupation | | |
| Emploi rémunéré temps plein | 448 | 82,50 |
| Emploi rémunéré temps partiel | 44 | 8,10 |
| Emploi saisonnier | 20 | 3,70 |
| Aux études à temps plein | 30 | 5,50 |
| Aux études à temps partiel | 21 | 3,90 |
| Ni aux études ni en emploi | 27 | 5,50 |
| Revenu familial brut | | |
| Moins de 20 000\$ | 22 | 4,10 |
| 20 000\$ - 39 999\$ | 70 | 12,90 |
| 40 000\$- 59 999\$ | 118 | 21,70 |
| 60 000\$ - 79 999\$ | 103 | 19,00 |
| 80 000\$ - 99 999\$ | 98 | 18,00 |
| 100 000\$ et plus | 132 | 24,30 |

Tableau 1 (suite)
Répartition selon les variables sociodémographiques et obstétriques

| Variables sociodémographiques catégorielles (suite) | <i>n</i> | % |
|--|----------|-------|
| Appréciation revenu familial | | |
| Très satisfait | 61 | 11,20 |
| Satisfait | 314 | 57,80 |
| Peu satisfait | 140 | 25,80 |
| Très peu satisfait | 28 | 5,20 |
| Fonctionnement en emploi | | |
| Pas du tout atteint / diminué | 174 | 32,00 |
| Un peu atteint /diminué | 257 | 47,30 |
| Assez atteint / diminué | 53 | 9,80 |
| Très atteint / diminué | 12 | 2,20 |
| Extrêmement atteint / diminué | 3 | 0,60 |
| Données manquantes | 44 | 8,10 |
| Présentement en arrêt de travail/invalidité partielle | | |
| Oui | 45 | 8,30 |
| Non | 459 | 84,50 |
| Données manquantes | 39 | 7,20 |
| Consultation pour problèmes émotionnels passés | | |
| Oui | 152 | 28,00 |
| Non | 391 | 72,00 |
| Consultation pour problèmes émotionnels depuis l'accouchement | | |
| Oui | 16 | 2,90 |
| Non | 527 | 97,10 |
| Membres de la famille ayant consulté pour problèmes émotionnels | | |
| Oui | 261 | 48,10 |
| Non | 282 | 51,90 |
| Données manquantes | | |
| Variables obstétriques | <i>n</i> | % |
| Avortement avec partenaire | | |
| Oui | 58 | 10,70 |
| Non | 479 | 88,20 |
| Ne sait pas | 6 | 1,10 |

Tableau 1 (suite)
Répartition selon les variables sociodémographiques et obstétriques

| Variables obstétriques catégorielles (suite) | <i>n</i> | % |
|---|----------|-------|
| Fausse couche avec partenaire | | |
| Oui | 105 | 19,30 |
| Non | 432 | 79,60 |
| Ne sait pas | 6 | 1,10 |
| Autre type de perte périnatale avec partenaire | | |
| Oui | 17 | 3,10 |
| Non | 526 | 96,90 |
| Conception | | |
| Naturelle | 511 | 94,10 |
| Procréation assistée | 29 | 5,30 |
| Autre | 3 | 0,60 |
| Complications à l'accouchement | | |
| Oui | 212 | 39,00 |
| Non | 325 | 59,90 |
| Ne sait pas | 6 | 1,10 |
| Enfant né prématurément | | |
| Oui | 60 | 11,00 |
| Non | 481 | 88,60 |
| Ne sait pas | 2 | 0,40 |
| Césarienne | | |
| Planifiée | 31 | 5,70 |
| D'urgence | 80 | 14,70 |

Instruments de mesure

Informations sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique (Appendice A) a été administré pour documenter l'âge, l'état civil, la scolarité, la situation familiale, le revenu, l'historique clinique et obstétrique des participants.

Expérience traumatique et symptômes posttraumatiques

L'expérience traumatique lors de l'accouchement et les SSPT ont été évaluées à l'aide de l'échelle d'Évaluation de la Peur de l'Accouchement (EPA; Béland, Chabot, Gervais, Morin, & Gosselin, 2012), une version francophone du Traumatic Event Scale adaptée à la peur de l'accouchement. Cet outil se base sur les critères diagnostiques du TPST à propos d'un événement précis (dans ce cas-ci l'accouchement) et comprenait initialement 21 items répartis en cinq facteurs : *anticipation d'un accouchement traumatique* (quatre items; p. ex., *L'accouchement sera une expérience éprouvante*), *intrusion* (cinq items; p. ex., *Des pensées et des images déplaisantes à propos de l'accouchement m'envahissent*), *évitement et émoussement* (cinq items; p. ex., *J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement*), et finalement, *hyperstimulation* (hypervigilance) (cinq items; p. ex., *J'ai de la difficulté à me concentrer*). Deux autres questions permettaient d'évaluer la durée et l'intensité des symptômes. Sauf pour les deux questions, les items sont des échelles de Likert en quatre points (trois items allant de *Pas du tout* à *Tout à fait*; et

quatre items *Pas du tout à Souvent*). L'étendue des scores varie entre 21 et 84, un score élevé indiquant un important degré de peur. La validité convergente avec le QIPS est de $rho_{vc}=0,327$, ($p < 0,001$). La cohérence interne a été calculée pour l'ensemble des items (alpha de Cronbach = 0,87), de même que pour ceux des sous-échelles (après correction de Spearsman-Brown; alphas de Cronbach entre 0,80 et 0,90).

L'EPA a été adapté aux fins de la présente étude. D'abord, comme l'outil initial s'adressait aux mères, les items ont été formulés au masculin et adaptés à l'expérience de l'accouchement du point de vue des pères. Les items d'anticipation d'un accouchement traumatique ont été reformulés afin d'être appliqués au passé, mesurant ainsi la perception d'un accouchement traumatique (p. ex., *Pendant l'accouchement, j'ai eu vraiment peur que ma conjointe ou mon enfant meurent ou soient blessés*). Sept items ont été sélectionnés (*anticipation d'un accouchement traumatique* : 3 items; *hyperstimulation* : 2 items; *évitement et émoussement* : 1 item; *intrusion* : 1 item) selon les critères diagnostiques du TPST du DSM-5, afin de mesurer l'expérience traumatique (plutôt que la peur) de l'accouchement ainsi que ses conséquences. L'étendue des scores pour la version de l'instrument utilisée lors de la présente étude se situe entre 7 et 28. La structure de cette version sera vérifiée à l'aide de ces données.

Symptômes dépressifs

Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EPDS ; Guedeney & Fermanian, 1998; traduction française). L'EPDS est un questionnaire bifactoriel en 10 items évaluant la présence de symptômes de DPP chez les mères. Les items (p. ex., *Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire*) sont des échelles de Likert à quatre points allant de *Oui, la plupart du temps*(1) à *Non, jamais*(4). Le score total est compris entre 0 et 30, le seuil critique suggérant un diagnostic de DPP est de 10,5 points ou plus. La version francophone a une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,76$), une bonne validité de critère (sensibilité : 0,80; spécificité : 0,92) et de construit ($r = 0,76$ avec le *28 items General Health Questionnaire*). Le coefficient de fidélité test-retest est excellent (une semaine, $r = 0,98$; Guedeney & Fermanian). Dans la présente recherche certaines modifications ont été apportées au questionnaire : les items ont été formulés au masculin pour correspondre à l'échantillon composé de pères (p. ex., *Je me suis senti si malheureux que j'en ai pleuré*) et, dans le calcul du score, deux items mesurant l'anxiété ont été retirés pour limiter les recouvrements de construit. Le score total de la version utilisée se situe ainsi entre 0 et 24.

Symptômes du TAG

Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA ; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Les symptômes anxieux (TAG) ont été évalués à l'aide du QIA. Il

comprend cinq items (p. ex., 3. *Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes ? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter ?*) à graduer sur une échelle de Likert, allant d'*Aucunement* (0) à *Très sévèrement* (8). L'item abordant les symptômes physiques comprend six sous-items. Le score total est compris entre 0 et 80, plus le score étant élevé, plus la personne présente des symptômes anxieux. Le QIA relève un bon degré de validité convergente et discriminante, et une stabilité temporelle satisfaisante après neuf semaines ($r = 0,75$, Dugas et al.).

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990 ; traduit en français par Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freedom, 2001). La TI est mesurée à l'aide d'une version francophone validée du QIPS. Le questionnaire unifactoriel à 16 items à graduer sur une échelle de Likert comprise entre *Pas du tout correspondant* (1) à *Extrêmement correspondant* (5). Il présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,92$), une validité convergente et discriminante adéquate et une validité test-retest sur quatre semaines satisfaisante ($r = 0,86$; Gosselin et al.).

Variables cognitives

L'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude, partie A (III ; Gosselin et al., 2008). Cet instrument à la structure factorielle robuste en deux parties évalue l'II. La

première partie en 15 items mesure la tendance individuelle à considérer les incertitudes inacceptables et à avoir de la difficulté à les tolérer. La seconde partie comprend 30 items évaluant les manifestations physiques et comportementales de l'II (p. ex., contrôle, recherche de réassurance). Dans la présente recherche, seule la première partie a été administrée afin de limiter le temps de passation et tenir compte du temps plus restreint des nouveaux parents rapporté dans plusieurs recherches (p. ex., Fonseca, Gorayeb et Canavarro, 2015). Les items sont gradués sur une échelle de Likert en cinq points compris entre *Pas du tout correspondant* (1) et *Tout à fait correspondant* (5). Le score total de la première partie varie entre 15 et 75 ; un score plus élevé indiquant un degré plus élevé d'II. La première partie a une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,96$) et une bonne validité convergente (Gosselin et al.).

Considérations éthiques

Cette recherche, tout comme l'étude initiale, a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke. Lors de l'étude initiale, un site internet sécurisé (SurveyMonkey) a été utilisé pour remplir les questionnaires. En signant le consentement, les participants donnaient leur autorisation pour une réutilisation des données pour des études ultérieures. Les données ont été conservées dans une base de données sécurisée et anonymisée.

Résultats

Cette section fait le détail des analyses afin d'examiner les objectifs et hypothèses de ce mémoire et les résultats en découlant. Les analyses préliminaires sont présentées dans un premier temps. Elles ont permis de vérifier la structure factorielle du questionnaire modifié de l'EPA pour s'appliquer à l'expérience des pères, la cohérence interne des instruments de mesure et les postulats de base des analyses principales. Les analyses principales ainsi que leurs résultats sont ensuite explicités.

Analyses préliminaires

Vérification de la structure factorielle de l'EPA

Puisque l'EPA a été adapté pour la présente étude, une analyse factorielle, utilisant une méthode d'extraction par axes principaux suivie d'une rotation oblique de type Oblimin, a été préalablement réalisée sur les sept items utilisés. Cette étape visait principalement à explorer si les items reformulés évaluaient bien deux concepts distincts pouvant représenter (a) l'expérience traumatique de l'accouchement et (b) les SSPT postnataux auprès des pères de l'échantillon. Divers indices (valeurs propres, test du coude de Cattell, pourcentage de variance de chaque facteur extrait, interprétabilité des saturations factorielles) appuient la présence de deux facteurs au sein des sept items représentant les deux concepts. Le tableau 2 affiche la structure factorielle extraite après rotation. La corrélation entre les deux facteurs extraits est de 0,56, ce qui appuie

la méthode de rotation retenue. L'indice Kaiser-Meyer-Olkin est jugé satisfaisant (voir Field, 2018; $KMO=0,80$; $p < 0,001$). Ensemble, les deux facteurs extraits expliquent 65,83 % de la variance aux items.

Les items du facteur 1, qui présentent une saturation supérieure à 0,40, évaluent les SSPT postnataux tirés des différents critères factoriels originaux de l'EPA (*J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me rappeler l'accouchement; Il arrive que j'aie des pensées, des images ou des rêves déplaisants à propos de l'accouchement; Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense*). Les items du facteur 2, qui présentent une saturation supérieure à 0,40, évaluent les trois items examinant la perception de l'expérience traumatique de l'accouchement (*Pendant l'accouchement, je me suis senti angoissé, impuissant ou horrifié; Pendant l'accouchement, j'ai eu vraiment peur que ma conjointe ou mon enfant meurent ou soient blessés; L'accouchement a été une expérience éprouvante*).

Tableau 2
Analyse factorielle des items choisis de l'EPA

| Items | Facteurs | |
|--|---------------------|-----------------------|
| | EPA _{SSPT} | EPA _{Trauma} |
| 6. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me rappeler l'accouchement. | 0,89 | -0,08 |
| 4. Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense. | 0,77 | 0,02 |
| 7. Il arrive que j'aie des pensées, des images ou des rêves déplaisants à propos de l'accouchement. | 0,60 | 0,05 |
| 5. Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (c.-à-d. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration). | 0,54 | 0,02 |
| 3. Pendant l'accouchement, je me suis senti angoissé, impuissant ou horrifié. | -0,02 | 0,84 |
| 2. Pendant l'accouchement, j'ai eu vraiment peur que ma conjointe ou mon enfant meurent ou soient blessés. | 0,02 | 0,84 |
| 1. L'accouchement a été une expérience éprouvante. | 0,00 | 0,71 |
| Valeur propre | 3,35 | 1,26 |
| % de variance expliquée | 47,80 | 18,03 |

Note. Les items présentant une saturation supérieure à 0,40 apparaissent en gras.

EPA_{SSPT} = Évaluation de la peur de l'accouchement – Mesure des symptômes de stress posttraumatique; EPA_{Trauma} = Évaluation de la peur de l'accouchement – Mesure de l'expérience traumatique.

Cohérence interne, distribution des variables de l'étude et transformation

Des indices de cohérence interne (alpha de Cronbach), mesurés séparément pour les items de chacun des deux facteurs de l'EPA, appuient leur fidélité. Leur valeur se situe au-delà de 0,70 (c.-à-d., 0,79 chacun), critère indiquant une cohérence interne

satisfaisante selon Kline (Field, 2018). Les coefficients de cohérence interne des autres instruments sont également supérieurs à 0,70, ce qui appuie leur fidélité au sein de l'échantillon. Les indices de cohérence interne, de même que différentes données descriptives des pères aux deux échelles de l'EPA et aux autres instruments utilisés, sont présentés au tableau 3.

Des indices d'asymétrie et d'aplatissement ont été calculés pour les différentes variables de l'étude. Pour la majorité, ils se situent entre -1,00 et 1,00, ce qui, combiné à l'examen visuel des distributions, appuie leur normalité. Les indices obtenus pour les mesures des symptômes de SPT (EPA_{SSPT}) et de symptômes dépressifs (EPDS) se situent hors de ces balises. Or, le fait de transformer ces variables ne changeait pas les résultats aux analyses subséquentes. Ceci, combiné aux recommandations de Field (2018) concernant les grands échantillons, a mené à la conservation des variables non transformées pour faciliter l'interprétation des résultats.

Tableau 3.
Statistiques descriptives des variables et mesures de cohérence interne

| | Alpha de Cronbach | Min | Max | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | Asy | <i>ÉT</i> | Apla | <i>ÉT</i> |
|----------------|----------------------|-------|-------|----------|-----------|------|-----------|-------|-----------|
| EPA | | | | | | | | | |
| Échelle Trauma | 0,79 | 3,00 | 12,00 | 6,74 | 2,60 | 0,45 | 0,11 | -0,73 | 0,21 |
| Échelle SSPT | 0,79 | 4,00 | 16,00 | 4,70 | 1,58 | 3,10 | 0,11 | 11,20 | 0,21 |
| EPDS | | | | | | | | | |
| | 0,86 | 0,00 | 22,00 | 4,24 | 4,02 | 1,41 | 0,15 | 2,66 | 0,31 |
| QIA | | | | | | | | | |
| Total | 0,92 | 0,00 | 54,00 | 17,78 | 11,55 | 0,54 | 0,16 | -0,41 | 0,32 |
| QIPS | | | | | | | | | |
| Total | 0,92 | 16,00 | 79,00 | 38,50 | 11,09 | 0,61 | 0,11 | 0,11 | 0,22 |
| III-A | | | | | | | | | |
| Total | 0,96 | 15,00 | 75,00 | 31,03 | 12,84 | 1,04 | 0,13 | 0,67 | 0,26 |

Note. EPA = Évaluation de la peur de l'accouchement. EDPS = Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg. QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie A.

Des analyses de corrélations et des ANOVA ont ensuite été menées afin de vérifier la présence de lien entre, d'une part, les variables sociodémographiques et obstétriques de l'étude et, d'autre part, les variables de l'expérience traumatique de l'accouchement (EPA), de SSPT (EPA), de symptômes anxieux (QIA, QIPS) et de symptômes dépressifs (EPDS). Cette étape visait à vérifier la pertinence de contrôler l'effet potentiel de ces dernières dans les analyses subséquentes. Une transformation a préalablement été apportée à quelques variables puisque certaines de leurs catégories étaient peu représentées, ce qui diminuait la fiabilité des résultats et rendait cette étape

d'identification des variables à contrôler moins rigoureuse. Ainsi, la variable Dernier niveau de scolarité a été recodée afin de regrouper les catégories *Primaire* et *Secondaire* sous une seule nouvelle catégorie. La variable État civil a également été recodée afin de distinguer les pères *Mariés* des *Non-mariés* (regroupant les catégories *En union de fait* et *En couple*). Finalement, la variable Revenu familial brut a été recodée en joignant les catégories *Moins de 20 000\$* et de *20 000\$ à 39 999\$* dans la nouvelle catégorie *Moins de 40 000\$*. Considérant le nombre peu élevé de pères ayant rapporté être nés à l'extérieur du Québec, il n'a pas été possible de vérifier la présence de différence entre ces derniers et les pères nés dans la province.

Les tailles d'effet des corrélations de Pearson et des ANOVA ont été interprétées selon les balises de Cohen. Ainsi, un r de 0,10 ou un η^2 de 0,01 indique un effet de petite taille; un r de 0,30 ou un η^2 de 0,06 indique un effet de taille moyenne; et finalement, un r de 0,50 ou un η^2 de 0,14 indique un effet de grande taille (Field, 2018). Afin de ne pas allonger indûment le texte, seuls les effets significatifs sont rapportés. Les autres résultats sont toutefois disponibles.

Les corrélations révèlent un lien significatif entre l'âge des pères et les scores à l'EPA_{Trauma} ($r = -0,11$; $p = 0,014$), au QIPS ($r = 0,15$; $p = 0,001$) ainsi qu'au QIA ($r = 0,18$; $p = 0,007$). D'autres liens ont été révélés entre la durée du couple et les scores

à l'EPA_{Trauma} ($r = -0,10$; $p = 0,024$), à l'EPA_{SSPT} ($r = -0,10$; $p = 0,025$) et à l'EDPS ($r = -0,18$; $p = 0,006$). Un lien significatif est décelé entre le revenu familial brut et les deux scores de l'EPA (Trauma : $r = -0,11$; $p = 0,013$; SSPT : $r = -0,12$; $p = 0,007$) et le score de l'EDPS ($r = -0,14$; $p = 0,026$).

Des ANOVA ont révélé une différence significative en fonction du dernier niveau de scolarité sur le plan du score de l'expérience traumatique (EPA_{Trauma}) ($\eta^2 = 0,02$; $F(3, 536) = 4,14$; $p = 0,006$), ainsi que sur le plan du score au QIPS ($\eta^2 = 0,03$; $F(3, 491) = 5,11$; $p = 0,002$). Sur le plan du score d'EPA_{Trauma}, une différence significative en fonction de l'état civil a été décelée ($\eta^2 = 0,02$; $F(1, 538) = 10,20$; $p = 0,001$). Une différence significative a également été révélée sur le plan du score de l'EPA_{Trauma} selon le fait d'être ou non en arrêt de travail pour invalidité ($\eta^2 = 0,01$; $F(1, 499) = 5,85$; $p = 0,016$). Une autre différence significative selon le fait d'avoir déjà consulté ou non un professionnel de la santé pour une problématique émotionnelle a été soulevée sur le plan des scores d'EPA_{SSPT} ($\eta^2 = 0,01$; $F(1, 539) = 4,06$; $p = 0,045$), au QIPS ($\eta^2 = 0,08$; $F(1, 493) = 43,70$; $p < 0,001$), au QIA ($\eta^2 = 0,12$; $F(1, 222) = 29,67$; $p < 0,001$) et à l'EDPS ($\eta^2 = 0,03$; $F(1, 247) = 6,51$; $p = 0,01$). Une autre différence significative a été soulevée sur le plan du score à l'EPA_{SSPT} en fonction du fait d'avoir vécu un avortement avec la partenaire actuelle ou une partenaire antérieure ($\eta^2 = 0,01$; $F(1, 533) = 6,34$; $p = 0,012$). Une ANOVA factorielle a décelé des différences significatives sur le plan des scores de

l'EPA_{Trauma} ($\eta^2 = 0,15$; $F(1, 532) = 96,51$; $p < 0,001$) et de l'EPA_{SSPT} ($\eta^2 = 0,07$; $F(1, 533) = 41,24$; $p < 0,001$) en fonction de la présence ou non de complications lors de l'accouchement. Les réponses des pères qui avaient répondu *Ne sais pas* à cette question ont été traitées comme des données manquantes. Une différence significative a été soulevée sur le plan du score l'EPA_{SSPT} ($\eta^2 = 0,01$; $F(1, 537) = 4,43$; $p = 0,036$) en fonction de la prématurité de l'enfant. Une différence significative a été soulevée selon le mode de conception de l'enfant sur le plan du score au QIPS ($\eta^2 = 0,01$; $F(1,493) = 6,72$; $p = 0,01$). Finalement, une différence significative a été décelée sur le plan des scores d'EPA_{Trauma} ($\eta^2 = 0,10$; $F(1, 534) = 59,29$; $p < 0,001$) et d'EPA_{SSPT} ($\eta^2 = 0,02$; $F(1, 535) = 9,841$; $p = 0,002$) selon le fait d'avoir vécu une césarienne d'urgence ou non.

Seules les variables dont le lien avec les mesures de l'EPA, de SSPT de symptômes du TAG et de symptômes dépressifs présentait une taille d'effet moyenne ou grande ont été retenues comme variables à contrôler dans les analyses subséquentes. Ainsi, le fait d'avoir vécu des complications lors de l'accouchement est fortement lié au score d'expérience traumatique (EPA_{Trauma}) et modérément lié au score de symptômes posttraumatiques en post-partum (EPA_{SSPT}), le fait d'avoir déjà consulté un professionnel pour un problème émotionnel est fortement lié aux symptômes du TAG en post-partum (QIA), tandis que le fait d'avoir vécu une césarienne d'urgence apparaît fortement lié au score d'EPA_{Trauma}. Ces variables sociodémographiques et

obstétriques ont donc été contrôlées dans les analyses subséquentes pour tenir compte de leur effet possible sur les relations à l'étude.

Analyses principales

Incidence du trauma de l'accouchement

La procédure utilisée pour évaluer l'incidence du trauma de l'accouchement chez les pères est similaire à celle utilisée par Abdollahpour, Abbas Mousavi, Motaghi, Keramat et Khosravi (2017) pour estimer la prévalence chez les mères. Les trois premiers items de l'EPA ont été utilisés pour constituer l'échelle de trauma vécu lors de l'accouchement (EPA_{Trauma}). L'incidence est calculée en fonction de la proportion des gens ayant répondu *Beaucoup* ou *Tout à fait* à au moins une des trois manifestations de perception de trauma, sur l'échelle de Likert en quatre point utilisée (*Pas du tout, Un peu, Beaucoup, Tout à fait*). Le tableau 4 présente les différents items et l'incidence des pères ayant répondu *Beaucoup* ou *Tout à fait* à chacun de ces items. Ainsi, plus de la moitié (56,20 %) des pères signalait, à au moins un des trois items, avoir vécu l'accouchement de leur conjointe comme traumatisant. Un nombre considérable de pères (16,80 %) ont quant à eux répondu *Beaucoup* ou *Tout à fait* aux trois items de l'EPA_{Trauma}.

Les quatre derniers items de l'EPA ont été utilisés pour constituer l'échelle de symptômes de stress posttraumatique (EPA_{SSPT}) et ainsi évaluer leur incidence dans

l'échantillon suivant la même méthode. Ainsi, l'incidence est calculée en fonction de la proportion des participants ayant répondu *Parfois* ou *Souvent* à au moins une des quatre manifestations de symptômes posttraumatiques (voir Tableau 5). Au total, 9,20 % des participants ont rapporté un niveau significatif de symptômes de SPT en post-partum à un ou plus des quatre items. Seuls deux participants (0,40 %) ont répondu *Parfois* ou *Souvent* à tous les items de l'EPA_{SSPT}.

Tableau 4
Incidence des réponses à l'EPA

| Items de l'échelle EPA Trauma | N | % |
|---|------------|--------------|
| 1. L'accouchement a été une expérience éprouvante | | |
| Pas du tout | 110 | 20,40 |
| Un peu | 204 | 37,80 |
| Beaucoup | 115 | 21,30 |
| Tout à fait | 110 | 20,40 |
| Total significatif | 225 | 41,70 |
| 2. Pendant l'accouchement j'ai eu vraiment peur que ma conjointe ou mon enfant meurent ou soient blessés. | | |
| Pas du tout | 207 | 38,50 |
| Un peu | 178 | 33,10 |
| Beaucoup | 69 | 12,80 |
| Tout à fait | 83 | 15,50 |
| Total significatif | 152 | 28,30 |
| 3. Pendant l'accouchement, je me suis senti angoissé, impuissant ou horrifié. | | |
| Pas du tout | 138 | 25,60 |
| Un peu | 202 | 37,40 |
| Beaucoup | 118 | 21,90 |
| Tout à fait | 82 | 15,20 |
| Total significatif | 200 | 37,10 |

Tableau 4 (suite)
Incidence des réponses à l'EPA

| Items de l'échelle EPA SSPT | <i>N</i> | <i>%</i> |
|--|-----------|-------------|
| 4. Ce qui rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense | | |
| Pas du tout | 466 | 86,60 |
| Rarement | 44 | 8,20 |
| Parfois | 24 | 4,50 |
| Souvent | 4 | 0,70 |
| Total significatif | 28 | 5,20 |
| 5. Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (c.-à-d. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration). | | |
| Pas du tout | 469 | 86,70 |
| Rarement | 52 | 9,60 |
| Parfois | 16 | 3,00 |
| Souvent | 4 | 0,70 |
| Total significatif | 20 | 3,70 |
| 6. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me rappeler l'accouchement. | | |
| Pas du tout | 487 | 90,00 |
| Rarement | 34 | 6,30 |
| Parfois | 14 | 2,60 |
| Souvent | 6 | 1,10 |
| Total significatif | 20 | 3,70 |
| 7. Il arrive que j'aie des pensées, des images ou des rêves déplaisants à propos de l'accouchement. | | |
| Pas du tout | 459 | 85,00 |
| Rarement | 67 | 12,40 |
| Parfois | 10 | 1,90 |
| Souvent | 4 | 0,70 |
| Total significatif | 14 | 2,60 |

Note. Les items utilisés pour le calcul du total significatif apparaissent en gras.

EPA_{SSPT} = Évaluation de la Peur de l'Accouchement – Mesure des symptômes de stress posttraumatique; EPA_{Trauma} = Évaluation de la Peur de l'accouchement – Mesure du trauma.

Liens entre les variables de trauma, les mesures de symptômes et l'II.

Des corrélations de Pearson ont été menées entre les scores des participants aux différentes mesures de trauma de l'accouchement (Trauma et SSPT) et leurs scores aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs (EDPS) et anxieux (QIA, QIPS) et les variables cognitives (III-A). Le tableau 5 présente ces résultats. Les deux sous-échelles de l'EPA sont fortement liées entre elles. L'expérience traumatique de l'accouchement s'est révélée significativement, bien que faiblement, liée aux symptômes anxieux (QIA, QIPS) et dépressifs (EDPS) et aux variables cognitives (III-A). Les symptômes de stress posttraumatiques (EPA_{SSPT}) sont liés faiblement à la mesure du TAG (QIA), aux symptômes dépressifs (EDPS), et à l'intolérance à l'incertitude (III-A). Un lien modéré est observé entre les symptômes SPT postnataux (EPA_{SSPT}) et la tendance à s'inquiéter (QIPS). Les symptômes anxieux (QIPS, QIA) se sont révélés fortement associés aux symptômes dépressifs (EDPS), eux-mêmes fortement liés à l'intolérance à l'incertitude (III-A). Les symptômes du TAG (QIA) se sont révélés fortement associés avec la tendance à s'inquiéter (QIPS) et l'intolérance à l'incertitude (III-A). Finalement, une corrélation forte est observée entre la tendance à s'inquiéter (QIPS) et l'intolérance à l'incertitude (III-A).

Tableau 5.
Corrélations entre les mesures de trauma et les variables cognitives

| | EPA _{Trauma} | EPA _{SSPT} | EPDS | QIA | QIPS | III – A |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|--------|--------|--------|---------|
| EPA _{Trauma} | 1,00 | 0,45** | 0,19** | 0,22** | 0,26** | 0,17** |
| Sign. (bilatérale) | | 0,000 | 0,003 | 0,001 | 0,001 | 0,001 |
| EPA _{SSPT} | | 1,00 | 0,12 | 0,20** | 0,21** | 0,12* |
| Sign. (bilatérale) | | | 0,063 | 0,002 | 0,000 | 0,026 |
| EPDS | | | 1,00 | 0,68** | 0,56** | 0,50** |
| Sign. (bilatérale) | | | | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| QIA | | | | 1,00 | 0,75** | 0,69** |
| Sign. (bilatérale) | | | | | 0,000 | 0,000 |
| QIPS | | | | | 1,00 | 0,64** |
| Sign. (bilatérale) | | | | | | 0,000 |

Note. EPA_{SSPT} = Évaluation de la peur de l'accouchement – Mesure des symptômes de stress posttraumatique. EPA_{Trauma} = Évaluation de la peur de l'accouchement – Mesure du trauma. EPDS = Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg. QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. QIPS = Questionnaire sur les III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie A.

* $p < 0,05$. ** $p \leq 0,001$.

Vérification de l'effet de l'expérience traumatisante sur les SSPT, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs

Trois régressions ont été conduites afin d'explorer l'effet prédictif de l'expérience traumatique de l'accouchement sur les SSPT, les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs. Les variables sociodémographiques et obstétriques pertinentes identifiées dans les analyses préliminaires (c.-à-d., le fait d'avoir consulté un professionnel pour des problèmes émotionnels par le passé, les complications à l'accouchement et le fait que celui-ci se soit soldé par une césarienne d'urgence) ont été introduites comme prédicteurs dans la première étape des régressions suivies, dans

une deuxième étape, de l'expérience traumatique de l'accouchement. L'examen des résultats ne révèle pas de problème de multicollinéarité. Quelques valeurs extrêmes ressortent parmi les variables, mais la distance de Cook étant inférieure à 1,00, celles-ci ont été jugées négligeables. Le tableau 6 présente les résultats des différentes régressions.

Les résultats de la première régression, visant à prédire les SSPT postnataux (EPA_{SSPT}), montrent que les variables sociodémographiques et obstétriques contribuent à la prédiction lors de la première étape ($F(3,527) = 15,43$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,08$). Toutefois, les tests t réalisés sur chacun des prédicteurs montrent que seuls le fait d'avoir déjà consulté pour un problème émotionnel et la présence de complications lors de l'accouchement contribuent à la prédiction. L'expérience traumatique de l'accouchement (EPA_{Trauma}) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire des SSPT postnataux (EPA_{SSPT} ; $F(4,526) = 35,87$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,13$).

Concernant la prédiction des symptômes anxieux, les résultats des deux régressions, visant à prédire les symptômes du TAG et la tendance à s'inquiéter en post-partum (respectivement QIA et QIPS), montrent que les variables sociodémographiques et obstétriques, entrées dans une première étape, contribuent à la prédiction (QIA : $F(3,215) = 10,45$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,13$. QIPS : $F(3,482) = 14,66$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,08$). Les tests t réalisés sur chacun des prédicteurs montrent que seul

le fait d'avoir déjà consulté pour un problème émotionnel contribue à la prédiction lors de cette première étape. L'expérience de l'accouchement (EPA_{Trauma}) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire dans la prédiction des symptômes du TAG en post-partum (QIA; $F(4,214) = 11,60$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,05$. QIPS; $F(4,481) = 21,53$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,07$).

Concernant la prédiction des symptômes dépressifs postnataux (EDPS), les résultats de la première régression montrent que les variables sociodémographiques et obstétriques (entrées dans une première étape) permettent de prédire un pourcentage supplémentaire de variance ($F(3,240) = 3,43$; $p = 0,018$; $\Delta R^2 = 0,04$). Les tests t réalisés sur chacun des prédicteurs révèlent que le fait d'avoir déjà consulté pour un problème émotionnel et le fait que l'accouchement se soit soldé par une césarienne d'urgence sont les seuls contributeurs. Lors de la deuxième étape, l'expérience de l'accouchement (EPA_{Trauma}) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire dans la prédiction des symptômes dépressifs (EDPS; $F(4,239) = 4,23$; $p = 0,003$; $\Delta R^2 = 0,03$).

Vérification de l'effet de l'II sur l'expérience traumatique et les SSPT

Deux autres régressions devaient ensuite permettre de vérifier si l'II prédisait l'expérience traumatique perçue lors de l'accouchement (EPA_{Trauma}) et les symptômes de SPT postnataux (EPA_{SSPT}). Pour la prédiction de l'expérience traumatique (EPA_{Trauma}), les résultats de la première régression montrent que les variables

sociodémographiques et obstétriques (entrées dans une première étape) permettent de prédire un pourcentage supplémentaire de variance ($F(3,351) = 32,38$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,22$). Les tests t réalisés révèlent que seuls la présence de complications lors de l'accouchement et le fait que celui-ci se soit soldé par une césarienne d'urgence contribuent à la prédiction. Lors de la deuxième étape, l'intolérance à l'incertitude (III-A) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire dans la prédiction de l'expérience traumatique de l'accouchement ($F(4,350) = 27,14$; $p < 0,001$; $\Delta R^2 = 0,02$).

Quant à la prédiction des symptômes de SPT (EPA_{SSPT}), puisque la corrélation entre l'II et le SSPT était non significative après correction de Bonferroni, aucune régression n'a été menée pour prédire les symptômes de SSPT à partir de l'II.

Tableau 6
Prédictions des symptômes psychologiques à partir de l'expérience traumatique et de l'II.

| Variables | EPA SSPT (<i>n</i> Trauma =531) | | EPA Trauma (<i>n</i> =355) | | QIPS (<i>n</i> =486) | | QIA (<i>n</i> =219) | | EDPS (<i>n</i> =244) | |
|---|-------------------------------------|----------|--------------------------------|----------|--------------------------|----------|-------------------------|----------|--------------------------|----------|
| | Beta | <i>t</i> | Beta | <i>t</i> | Beta | <i>t</i> | Beta | <i>t</i> | Beta | <i>t</i> |
| Expérience traumatique | | | | | | | | | | |
| Étape 1 | | | | | | | | | | |
| Consultation pour problèmes émotionnels antérieurs | -0,09 | -2,12* | | | -0,28 | -6,42** | -0,35 | -5,46** | -0,16 | -2,52* |
| Complications à l'accouchement Césarienne d'urgence | -0,25 | -5,40** | | | -0,00 | -0,07 | 0,07 | 1,02 | 0,04 | 0,57 |
| | -0,04 | -0,82 | | | -0,07 | -1,45 | -0,08 | -1,17 | -0,15 | -2,12* |
| Étape 2 | | | | | | | | | | |
| Consultation pour problèmes émotionnels antérieurs | -0,09 | -2,25* | | | -0,28 | -6,62** | -0,33 | -5,37** | -0,15 | -2,43* |
| Complications à l'accouchement | -0,12 | -2,76* | | | 0,09 | 1,81 | 0,15 | 2,17* | 0,10 | 1,38 |
| Césarienne d'urgence | 0,04 | 0,82 | | | -0,02 | -0,34 | -0,02 | -0,26 | -0,11 | -1,62 |
| EPA Trauma | 0,03 | 0,40** | | | 0,29 | 6,22** | 0,26 | 3,65** | 0,18 | 2,53* |
| Intolérance à l'incertitude | | | | | | | | | | |
| Étape 1 | | | | | | | | | | |
| Consultation pour problèmes émotionnels antérieurs | | | -0,03 | -0,72 | | | | | | |
| Complications à l'accouchement | | | -0,35 | -6,79** | | | | | | |
| Césarienne d'urgence | | | -0,20 | -3,99** | | | | | | |
| Étape 2 | | | | | | | | | | |
| Consultation pour problèmes émotionnels antérieurs | | | 0,00 | 0,07 | | | | | | |
| Complications à l'accouchement | | | -0,35 | -6,91** | | | | | | |
| Césarienne d'urgence | | | -0,19 | -3,82** | | | | | | |
| III-A | | | 0,15 | 3,03* | | | | | | |

* $p < 0,05$. ** $p \leq 0,001$.

Discussion

Ce chapitre reprend les objectifs et les hypothèses de ce mémoire à la lumière des résultats obtenus. Les résultats y sont comparés à ceux des écrits scientifiques et des explications possibles sont suggérées. Enfin, les forces et limites, les pistes de recherches futures et les implications cliniques de la présente étude sont présentées.

Incidence du trauma de l'accouchement

Le premier objectif était d'explorer chez les nouveaux pères l'incidence du trauma de l'accouchement et de la réaction posttraumatique en post-partum. L'utilisation d'une version adaptée de l'EPA a permis de documenter le vécu traumatique lié à l'accouchement de même que la présence de symptômes posttraumatiques en post-partum chez les pères.

Plus de 40,00 % des pères rapportent avoir été très éprouvés (*Beaucoup* et *Tout à fait*) par la naissance de leur enfant. Plus de la moitié de l'échantillon (51,40 %) rapporte avoir eu peur pour la vie ou l'intégrité physique de leur conjointe ou leur enfant lors de l'accouchement (*Un peu*, *Beaucoup*, *Tout à fait*), alors que 15,00 % des répondants rapportent avoir vécu d'importants sentiments d'angoisse, d'impuissance ou d'horreur en cours d'accouchement. L'échantillon témoigne de proportions plus

importantes pour les éléments de perception traumatique que pour les manifestations posttraumatiques. Une proportion non négligeable de pères (13,40 %) rapporte vivre de la détresse psychologique intense au souvenir de l'accouchement (*Rarement, Parfois, Souvent*). La détresse physiologique apparaît dans des proportions similaires (*Rarement, Parfois, Souvent*; 13,30 %). Concernant les tentatives d'évitement devant les pensées, les émotions ou les conversations pouvant évoquer l'accouchement, 10,00 % des pères rapportent en faire au moins *rarement*. Il s'agit d'ailleurs de la manifestation posttraumatique la plus fréquemment signalée à un niveau très élevé (*Souvent*; 1,10 %). Ce résultat pourrait indiquer que, pour une proportion de pères, les souvenirs de l'accouchement sont si pénibles qu'ils ont plus intensément recours à l'évitement et que ce symptôme mériterait d'être davantage examiné. Finalement, 15,00 % des pères rapportent vivre au moins quelques des phénomènes d'intrusion cognitive (*Rarement, Parfois, Souvent*).

Dans cet échantillon évalué par questionnaire, 56,20 % des nouveaux pères ont rapporté la présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : que l'accouchement avait été une expérience éprouvante; qu'ils avaient eu peur que l'enfant ou la mère meure ou soit blessé(e); ou encore qu'ils se soient sentis angoissés, impuissants ou horrifiés. D'ailleurs, un pourcentage non négligeable de près de 17,00 % a signalé des niveaux élevés (*Beaucoup* ou *Tout à fait*) à ces trois éléments, témoignant de l'impact que peut avoir l'évènement de l'accouchement chez les pères. Considérant le manque

de recherche chez ceux-ci et comme leur état émotionnel en post-partum coïncide avec celui de leur conjointe (Iles, Slade & Spiby, 2011), il apparaît à nouveau nécessaire de s'intéresser à la situation chez les mères. L'incidence du trauma obtenu dans la présente étude se rapproche, même dépasse, des résultats observés chez ces dernières, qui se situent entre 20,00 % et 48,30 % (Abdollahpour, Abbas Mousavi, Motaghi, Keramat, & Khosravi, 2017; Simpson & Catling, 2016). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les pères sont souvent moins préparés que les mères à l'accouchement et que l'absence de rôle clair pour eux lors de la naissance peut susciter un sentiment d'impuissance, jouant lui-même un rôle dans la perception du trauma (Zerach & Magal, 2016). De plus, comme mentionné par Bradley, Slade & Levingston (2008), les pères voient les procédures médicales (p. ex., incisions, perte de sang, etc.) à un moment où leur système adrénalinergique est déjà hautement activé, ce qui les rendrait d'autant plus à risque. Les résultats révèlent également que 9,20 % des participants ont rapporté des niveaux importants pour une ou plusieurs manifestations de stress posttraumatique en post-partum, soit : la détresse psychologique et la détresse physiologique suscitées par le rappel de l'évènement, l'évitement cognitif face aux souvenirs de l'accouchement et les pensées, les rêves ou les images déplaisantes de l'accouchement. Ce résultat se rapproche de celui de Bradley, Slade et Leviston (2008), qui montrait que si aucun de leurs participants ne satisfaisait tous les critères du TSPT, 12,00 % d'entre eux rapportaient des symptômes significatifs dans au moins une dimension de symptômes de TSPT. Il faut noter que 0,40 % de cet échantillon a signalé la présence de toutes ces manifestations à des niveaux élevés, témoignant de l'impact

significatif que l'expérience traumatique de l'accouchement a pu avoir pour eux. Auprès des mères et dans une étude réalisée dans la population québécoise, Verreault et al. (2012) estiment la prévalence de symptômes de SPT chez les mères à 16,60 % après un mois en post-partum (mesurée à l'aide du *Modified PTSD Symptoms Scale – Self-Reported*). Les études chez les mères documentent une proportion relativement petite de participantes ayant des SSPT en post-partum, lorsque comparée aux taux rapportés d'expérience traumatique de l'accouchement (Abdollahpour et al.; Verreault et al.). Cette disparité a également été observée dans le présent échantillon et semble indiquer que tous les individus ayant vécu leur accouchement ou celui de leur conjointe comme traumatisant ne développeront pas nécessairement de SSPT par la suite. Ainsi, les individus ne seraient pas tous égaux dans leur degré de résilience face au trauma et certains éléments, comme des variables sociodémographiques, obstétriques ou intrinsèques, joueraient un rôle dans la survenue des symptômes psychologiques en post-partum.

Liens entre le trauma de l'accouchement et les symptômes de SPT, de TAG et dépressifs

Le second objectif était d'examiner les liens entre, d'une part, le trauma de l'accouchement des pères et, d'autre part, les SSPT, les symptômes du TAG (incluant la TI) et les symptômes dépressifs postnataux, en tenant compte des facteurs sociodémographiques. L'expérience traumatique de l'accouchement s'est révélée liée

à la fois aux variables sociodémographiques ou obstétriques et aux facteurs psychologiques. Premièrement, l'expérience traumatique (EPA_{Trauma}) s'est révélée fortement liée aux complications lors de l'accouchement et aux césariennes d'urgence, tel que rapporté dans une autre étude (Simpson & Catling, 2016). Les symptômes de SPT en post-partum (EPA_{SSPT}) se sont révélés liés aux complications lors de l'accouchement. Ces résultats concordent avec ceux de Montmasson, Bertrand, Perrontin et El-Hage (2012), qui rapportaient que la perception de complications obstétricales lors de l'accouchement était associée à un risque accru de symptômes posttraumatiques, entre 3 à 6 mois en post-partum ($OR=18,5$; $p < 0,003$). Contrairement à ceux de Parfitt et Ayers (2009), les présents résultats n'ont pas lié la césarienne d'urgence et les symptômes de SPT postnataux (EPA_{SSPT}). À nouveau, les résultats de la présente étude correspondent à ceux de Montmasson et collègues (2012). Dans leur échantillon, la césarienne d'urgence ne s'était pas révélée directement liée aux symptômes de SPT. En effet, elle se trouvait plutôt liée au stress aigu lors du passage à la maternité, lui-même lié aux symptômes de SPT en post-partum. Ainsi, le fait de vivre une césarienne d'urgence ne suffirait pas à expliquer la survenue de symptômes de SPT, sous-tendant le rôle de variables propres à l'individu. Ces variables rendraient l'individu plus à risque de percevoir un événement comme étant traumatique et susciteraient chez lui un stress aigu, une expérience potentiellement traumatique; elle-même liée aux symptômes de SPT. Finalement, le fait d'avoir précédemment consulté un professionnel pour un problème émotionnel s'est révélé fortement lié aux symptômes du TAG en post-partum (QIA). Le fait d'avoir déjà consulté pourrait

témoigner, dans certains cas, de symptômes émotionnels déjà présents avant l'accouchement. Ce résultat semble indiquer que ces symptômes seraient maintenus lors du post-partum, ce qui se rapproche des résultats de Furtado, Van Lieshout, Van Ameringen, Green et Frey (2019). Dans leur étude réalisée auprès des mères, ils observaient que celles ayant des antécédents de troubles anxieux avaient un risque accru de voir leur condition s'aggraver lors du post-partum. Leur étude identifiait plusieurs facteurs de risque lié à l'aggravation de l'anxiété en contexte postnatal, notamment la présence de symptômes dépressifs en cours de grossesse et les taux élevés d'intolérance à l'incertitude (II). Les auteurs estimaient que la tolérance à l'incertitude était particulièrement sollicitée dans un contexte aussi incertain que l'arrivée de la parentalité. D'après eux, lorsqu'elle s'ajoute à la tendance à s'inquiéter, l'II contribuerait à alimenter les modèles de pensée négatifs. Ces modèles de pensée seraient eux-mêmes liés à l'aggravation de l'anxiété dans le contexte postnatal. Bien que la présente étude n'ait pas spécifiquement mesuré l'aggravation des symptômes anxieux en post-partum, un certain parallèle émerge entre ces résultats et ceux de l'étude de Furtado et al. Comme la notion du maintien des symptômes en contexte postnatal inclut nécessairement les situations d'aggravation, il serait attendu que, parmi les individus déjà éprouvés par le contexte postnatal, ceux ayant tendance à s'inquiéter et étant peu tolérants à l'incertitude soient plus susceptibles d'enregistrer un maintien (plutôt qu'une diminution) de leurs symptômes anxieux.

Dans le présent échantillon, un effet de faible intensité a été décelé entre les symptômes de SPT (EPA_{SSPT}) et les antécédents d'avortement. La logique de contrôle choisie dans cette étude n'a pas retenu cette variable, considérant surtout l'impact possible de l'échantillon sur la taille d'effet. Or, cet effet correspondait aux travaux de Montmasson, Bertrand, Perrontin et El-Hage (2012), qui soulignaient eux aussi un lien entre les antécédents d'avortement chez les mères et l'épisode de SPT en post-partum. La différence dans la force du lien avec l'étude de Montmasson et ses collègues pourrait s'expliquer entre autres par l'implication moindre des hommes dans la procédure d'avortement. Bien que chez ces derniers, l'avortement puisse être un événement chargé en émotions, ils y sont davantage témoins que protagonistes. Ce n'est pas eux qui vivront la procédure médicale potentiellement invasive de l'avortement, comme leur partenaire. Ainsi, il est possible que le souvenir qu'ils en gardent n'ait pas le même potentiel traumatique que pour les femmes.

La première hypothèse qui stipulait que le trauma de l'accouchement des pères serait lié positivement aux SSPT, aux symptômes du TAG et aux symptômes dépressifs postnataux, est confirmée. En effet, l'expérience traumatique de l'accouchement (EPA_{Trauma}) s'est révélée liée à davantage de symptômes de SPT en post-partum. L'expérience traumatique de l'accouchement a aussi été liée à la survenue de symptômes anxieux postnataux, plus précisément aux symptômes du TAG et à la tendance à s'inquiéter. Ainsi, les pères rapportant avoir vécu l'accouchement de leur conjointe comme un événement traumatisant ont rapporté davantage de symptômes

posttraumatiques, anxieux ou dépressifs dans la période postnatale. Ces résultats sont cohérents avec des études liant les SSPT postnataux (qui incluent nécessairement l'expérience traumatique de l'accouchement), les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs périnataux (Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015). Si aucune autre étude recensée ne portait directement sur l'expérience traumatique des pères dans ce contexte en post-partum, des études se sont intéressées à la trajectoire symptomatique suivant l'exposition au trauma et rapportent que les conséquences ne réfèrent pas uniquement aux SSPT.

À l'extérieur du contexte postnatal dans une étude mentionnée précédemment, Grant, Beck, Marques, Palyo, & Clapp (2008) ont documenté le lien entre l'exposition au trauma et les symptômes psychologiques pouvant en découler. Ils ont procédé à une analyse factorielle des construits et symptômes compris dans le TSPT, la dépression majeure et le TAG. Ils ont interrogé des individus ayant vécu un accident de véhicule motorisé. Tous les participants rapportaient avoir vécu l'accident comme une expérience traumatique (c'est-à-dire : avoir ressenti lors de l'accident une peur intense, de l'impuissance, de l'horreur ou avoir eu la perception qu'ils allaient mourir des suites de l'accident). Leurs analyses ont confirmé l'indépendance de construit du TSPT, de la dépression majeure et du TAG, malgré leur importante comorbidité. Leurs résultats montrent que ces trois troubles peuvent survenir après un événement traumatique, ce qui est cohérent avec le lien entre l'expérience traumatique de l'accouchement et les symptômes anxieux et dépressifs en contexte postnatal observé dans la présente étude.

Pour leur part, Borkovec et ses collègues (1998) rapportent que les individus ayant des symptômes de TAG ont vécu davantage d'incidents traumatiques que les individus non anxieux. Leurs traumatismes pourraient avoir confirmé leur perception du monde comme étant dangereux et ils pourraient ressentir davantage le besoin d'anticiper et de prévenir d'éventuels dangers, d'où le lien avec la TI. Cette appréhension servirait de mécanisme d'évitement des émotions désagréables découlant des situations dangereuses. Les inquiétudes liées à un danger éventuel viendraient diminuer momentanément la réponse physiologique de stress grâce à l'abstraction (occasionnée par l'aspect verbal des inquiétudes) et à l'impression de préparation qu'elles suscitent. Cet apaisement temporaire renforcerait le recours à l'inquiétude comme mécanisme d'évitement de la réponse physiologique de stress (Borkovec, Ray, & Stober, 1998). Il faut rappeler que les inquiétudes sont le symptôme principal du TAG et que l'état d'appréhension qui les sous-tend rappelle plusieurs aspects de l'hypervigilance du TSPT. Dans les recherches sur le modèle animal, Murmane (2019) a documenté le rôle des traumatismes dans la chronicisation de la réponse de stress. Ces événements viendraient moduler à la hausse le nombre de certains récepteurs de sérotonine (*upregulation*). Ces récepteurs joueraient un rôle dans l'activation d'un important système de réponse au stress. Ils seraient également liés à plusieurs activités critiques à la survie d'un organisme telles que l'apprentissage, l'humeur, l'appétit, la reproduction et les mécanismes de défense. L'augmentation du nombre de ces récepteurs serait pour l'organisme une façon de se préparer à faire face aux dangers futurs en améliorant la sensibilité aux indices environnementaux liés au stress. L'auteur pose l'hypothèse que, chez l'humain dans

le TSPT, l'augmentation du nombre de récepteurs (découlant des traumatismes) activerait les circuits de peur du cerveau limbique tout en désengageant les capacités inhibitrices supérieures, importantes pour la perception de sécurité. Sans accès à l'inhibition permettant de constater qu'il n'y a pas de menace, il serait alors très difficile pour un individu de revenir au calme. La sensibilité accrue aux stimuli associés aux stressors et l'entrave à la réassurance pourraient ainsi expliquer l'état d'hypervigilance observé dans le TSPT, et la perception du monde dangereux liée aux inquiétudes du TAG. Cette altération de la réponse de stress pourrait fournir une explication dans la chronicisation des symptômes traumatiques et anxieux.

Lien entre l'II, l'expérience traumatique de l'accouchement et les SSPT

La seconde hypothèse qui stipulait que la sévérité d'II des pères serait liée positivement à l'intensité du trauma de l'accouchement et à leurs SSPT est en partie confirmée. En effet, les résultats ont révélé que les pères ayant un niveau plus élevé d'II risquaient davantage de vivre l'accouchement de leur conjointe comme un événement traumatique. Il est possible que l'inconfort devant une situation dont l'issue est incertaine soit exacerbé lors de l'accouchement. Dans une étude récente, Ouellet, Langlois, Provencher et Gosselin (2019) ont démontré que l'II peut susciter davantage de réactions négatives, tant émotionnelles que cognitives. Leurs résultats ont révélé que, chez les individus, l'II était associée à des croyances pessimistes quant à leur état émotionnel et leur capacité à le changer. Une telle conceptualisation des états mentaux

contribuerait à percevoir les émotions négatives comme étant menaçantes. Puisque les individus intolérants à l'incertitude seraient plus enclins à appréhender la survenue d'émotions négatives, ils se retrouveraient rapidement submergés par celles-ci et incapables de se mobiliser pour les gérer. Devant l'imprévisibilité associée à un événement comme l'accouchement, les pères vivant de l'II ont pu être submergés et voir leurs capacités d'adaptation dépassées, les rendant ainsi plus vulnérables à vivre l'évènement comme étant traumatisant.

Dans cet échantillon, les analyses n'ont pas permis de vérifier le rôle prédictif de l'II auprès des SSPT. D'autres études ont pourtant documenté ce phénomène. Par exemple, hors du contexte postnatal, Oglesby et collègues (2016) ont étudié la relation entre l'II et les symptômes du TSPT auprès d'étudiants universitaires. Leurs résultats ont montré une association entre l'II mesurée avant l'incident traumatique et les symptômes d'hyperactivation du TSPT mesurés après l'incident traumatique, ce qui est cohérent avec la seconde hypothèse initialement élaborée dans la présente recherche. Ce lien était toujours significatif en contrôlant pour la SA. Ces chercheurs émettaient l'hypothèse que chez les participants ayant des taux d'II plus élevés, l'hyperactivation (qui comprend l'hypervigilance) aurait comme objectif de prévenir les dangers futurs en réduisant l'incertitude. Ces individus auraient donc plus tendance à craindre la récurrence d'un trauma, ce qui augmenterait leur niveau d'hyperactivation. Ce dernier point s'avérerait particulièrement problématique d'après les chercheurs, considérant que l'hyperactivation en contexte posttraumatique a été

associée avec différentes variables pouvant entraver la résilience d'un individu. Leurs résultats semblent indiquer que les pères qui vivraient davantage d'II seraient plus à risque de vivre l'expérience de l'accouchement comme traumatisante et de démontrer davantage de symptômes de SPT en post-partum, notamment de l'hyperactivation. D'un autre côté, il est également possible que chez des gens préalablement vulnérables, l'évènement traumatique entraîne l'apparition d'intolérance à l'incertitude. L'impression d'impuissance ressentie lors du trauma, liée entre autres à sa survenue inopinée, pourrait contribuer à rendre un individu moins tolérant aux évènements dont l'issue est incertaine. Cet individu pourrait par la suite tenter de réduire la part d'incertitude, tentant de limiter du même coup la possibilité de récurrence d'un trauma. Ainsi, il est envisageable que la survenue d'un trauma, comme l'expérience traumatique de l'accouchement, exacerbe l'II et que cette dernière rende des individus plus susceptibles de rapporter des symptômes anxieux.

Forces et limites

Malgré ces résultats intéressants, il importe de souligner des limites à considérer. D'abord, le devis corrélationnel transversal de l'étude n'a pas permis de faire des assomptions de causalités ou de déterminer le sens des liens entre l'expérience traumatique de l'accouchement et des symptômes anxieux et dépressifs et de l'II, limitant les conclusions aux liens entre les phénomènes mesurés.

Ensuite, la composition plutôt homogène de l'échantillon ne permet pas la généralisation des résultats à la population clinique ou aux individus présentant des caractéristiques particulières. En effet, l'échantillon constitué principalement d'hommes nés au Québec, plus éduqués et plus fortunés que la moyenne québécoise et dont la majorité était âgée de 25 à 35 ans, ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble de la population québécoise des nouveaux pères. L'échantillon ne tient pas non plus compte des pères monoparentaux, séparés ou endeuillés.

Il est possible que la latitude laissée aux répondants quant à la prématurité ait contribué à masquer un effet de cette dernière sur les variables à l'étude. Dans la méthode utilisée, les participants pouvaient indiquer si leur enfant était né prématurément, en spécifiant de combien de temps. Il s'est avéré que les données récoltées ne correspondaient pas à la définition clinique de la prématurité. En effet, plusieurs pères dont l'enfant était né quelques jours avant terme ont répondu *Oui* à l'item, sans toutefois que la situation de leur enfant ne rencontre la définition clinique de la prématurité, soit une gestation de moins de 37 semaines. Ainsi, des données plus près de la norme ont pu se retrouver incluses dans la catégorie « Prématuré », masquant potentiellement des résultats significatifs. Une façon d'éviter cette limite aurait été de préciser le critère de la prématurité dans la question.

Le fait que le trauma de l'accouchement soit évalué rétrospectivement constitue une limite. Il aurait été judicieux de recueillir une mesure de l'expérience traumatique peu de temps après l'accouchement. Il est possible le temps passé ait pu contribuer à altérer, pour certains pères, leur perception de l'évènement. Notamment, chez des pères en proie à d'importants symptômes psychologiques lors du post-partum, ces symptômes ont pu teinter négativement leur perception de l'évènement, apparaissant pire après quelques mois en post-partum qu'immédiatement après l'accouchement.

Une autre limite est l'absence d'outils de mesure des évènements traumatiques antérieurs, comme la *Traumatic Event Scale*. Un tel outil aurait permis de réduire le risque que les symptômes observés soient en fait liés à des antécédents traumatiques non résolus, plutôt qu'à l'expérience de l'accouchement. Or, la variable *Consultation antérieure d'un professionnel pour un problème émotionnel* a tout de même pu identifier certains individus ayant des antécédents traumatiques, sans toutefois distinguer ces derniers des autres difficultés émotionnelles (p. ex., épuisement professionnel).

Considérant le rôle de l'évitement dans la symptomatologie des SSPT, il est possible que les pères les plus symptomatiques aient été dans l'incapacité de remplir les questionnaires, que ce soit complètement ou en partie. Ces pères pourraient être

moins représentés dans la présente étude, affectant à la baisse la mesure des symptômes de SPT de l'échantillon et camouflant ainsi la sévérité de la problématique dans cette population.

Cette recherche comprend d'autres éléments à souligner, notamment l'ampleur de l'échantillon qui offre une robustesse aux analyses réalisées et permet une généralisation aux caractéristiques ciblées. De plus, les analyses ont été réalisées dans une logique conservatrice notamment le contrôle pour les facteurs pertinents et la correction pour l'erreur de type 1.

Malgré le fait que l'utilisation de questionnaires autorapportés peut être susceptible à certains biais (p. ex., biais affectifs, de désirabilité sociale, de primauté regardant l'ordre de passation des questionnaires), il s'agit d'une modalité fréquemment utilisée dans l'étude des symptômes anxieux et de SPT. Cette modalité apparaît d'ailleurs particulièrement indiquée pour rejoindre la population des nouveaux parents, elle-même reconnue pour être facilement découragée par les obstacles à la consultation (Fonseca, Gorayeb, & Canavarro, 2015). Tous les outils utilisés dans le cadre de la présente étude sont des outils bien validés. Malgré l'adaptation de la mesure du trauma et des SSPT pour cette étude, les analyses réalisées sur l'EPA montrent des propriétés excellentes sur le plan de la cohérence interne et de la validité factorielle.

Les taux d'incidences apparaissent similaires à ceux observés chez les mères quant au trauma de l'accouchement (Abdollahpour et al.; 2017) et aux symptômes de SPT (Verreault et al.; 2012), ce qui soutient son utilisation.

Cette étude s'intéressait à des éléments nouveaux, soit la situation des pères pour le trauma de l'accouchement et la relation entre l'II et un événement traumatique. Aucune autre étude recensée ne s'était intéressée à l'incidence de l'expérience traumatique de l'accouchement chez les pères, malgré le fait que la population des nouveaux pères soit particulièrement vulnérable aux troubles mentaux lors du postpartum (Furtado, Van Lieshout, Van Ameringen, Green, & Frey, 2019) et sachant que l'état psychologique des parents peut affecter plusieurs éléments allant de la qualité du lien parent-enfant jusqu'à la relation de couple (Parfitt & Ayers, 2009). Cette étude établit un lien entre l'expérience traumatique de l'accouchement et différents symptômes postnataux (symptômes anxieux, dépressifs et de stress posttraumatique). Jusqu'à présent, les études qui s'étaient intéressées au trauma de l'accouchement chez les pères, telles que celles de Bradley et Slade (2011), avaient utilisé les mesures de symptômes de stress posttraumatique pour évaluer la proportion de ceux ayant vécu l'accouchement de leur conjointe comme traumatisant. La présente étude distingue les construits du trauma de l'accouchement et des SSPT postnataux et propose un outil de mesure propre à ce contexte (EPA). Cet outil pourra permettre aux chercheurs d'évaluer la perception traumatique de l'accouchement et les réactions postnatales des

pères, et ce, de façon brève. La différenciation réalisée dans la présente étude entre les concepts d'expérience traumatique et de symptômes posttraumatiques, autrement peu faite dans les écrits scientifiques actuels, a permis d'obtenir une mesure précise quant à l'incidence du trauma de l'accouchement dans un échantillon de pères québécois.

Un autre aspect considérable est que les analyses réalisées sur l'effet du trauma et des facteurs psychologiques tiennent compte de l'effet de facteurs confondants pertinents aux symptômes anxieux et dépressifs postnataux. En outre, la variable *Problème émotionnel antérieur* contrôle minimalement pour l'historique psychologique antérieur tous troubles confondus. Dans une étude ultérieure, il pourrait toutefois être pertinent de tenir compte des symptômes préexistants de façon plus spécifique (p. ex., les symptômes de TAG, les symptômes dépressifs ou de SPT). Un temps de mesure durant la grossesse permettrait de documenter cet aspect.

Pistes de recherche futures

Des études futures pourraient tenter de vérifier le sens et la nature du lien entre l'II, les variables de l'expérience traumatique de l'accouchement, et les symptômes anxieux, notamment en ajoutant un temps de mesure en prénatal. En ce sens, il serait intéressant de vérifier si une intervention visant à augmenter la tolérance à l'incertitude

en prénatal (p. ex., dans le cadre des cours prénataux) pourrait avoir un effet protecteur se prolongeant dans le post-partum sur les pères et leur conjointe.

Considérant que l'item d'évitement de l'EPA_{SSPT} (*J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me rappeler l'accouchement*) comprenait à la fois le taux le plus élevé de pères ayant répondu *Pas du tout* (90,00 %) et de pères ayant répondu *Souvent* (1,10 %), il semble qu'une petite proportion de pères ont particulièrement recours à l'évitement pour gérer les symptômes traumatiques découlant de l'accouchement de leur conjointe. Ces pères pourraient se retrouver plus isolés dans leur détresse, étant donné leur difficulté à l'aborder. Dans de prochains travaux étudiant les stratégies utilisées par les pères afin de limiter détresse en contexte périnatal en post-partum, l'EPA pourrait permettre d'investiguer l'efficacité de ces stratégies en comparant leur vécu de l'expérience de l'accouchement et l'intensité de leurs symptômes en contexte postnatal.

Considérant le lien entre l'II, l'expérience traumatique de l'accouchement et les SSPT, une étude examinant le rôle potentiel des antécédents psychologiques distincts sur l'II et sur les manifestations physiques d'hypervigilance pourrait être pertinente. Vu les récents écrits sur le trauma complexe (Milot, Collin-Vezina, & Godbout; 2018) et ses liens avec le TAG soulevés par la littérature scientifique (Karatzias et al. 2018),

il pourrait être pertinent de s'intéresser à la relation entre le trauma complexe et les variables centrales du TAG, notamment l'II. Il paraît important de souligner qu'aucune étude recensée portant sur les TSPT en contexte postnatal ne documentait les antécédents de trauma sexuel chez les pères. Si le lien peut être évident chez les femmes, notamment parce que le trauma sexuel a pu impliquer les mêmes zones physiologiques sollicitées par l'accouchement, et qu'un tabou existe concernant les agressions sexuelles vécues par des hommes, le contexte de l'accouchement (p. ex., l'exposition à des images d'une certaine violence graphique et l'impuissance ressentie) pourrait raviver des souvenirs traumatiques chez les pères. Il faut noter que dans les études réalisées chez les mères, cette variable s'est révélée comme un fort prédicteur de la survenue de symptômes de SPT en post-partum (Verreault et al., 2012).

Conclusion

Le trauma de l'accouchement reste un sujet peu documenté, surtout chez les pères qui sont une population généralement peu étudiée dans les écrits du contexte périnatal. Le présent mémoire a permis d'éclaircir le trauma de l'accouchement chez la population des pères tout en le distinguant des SSPT en post-partum. Les résultats ont également mis en lumière d'importants symptômes psychologiques qui y sont associés. L'utilisation d'un outil adapté spécifiquement aux pères a révélé que, pour une importante proportion, l'accouchement de leur conjointe est vécu comme une expérience traumatisante. Chez certains d'entre eux, ce trauma est suivi de symptômes de stress posttraumatique en post-partum.

La présente étude confirme la relation entre l'expérience traumatique de l'accouchement chez les pères et certaines variables obstétriques comme les complications à l'accouchement et la césarienne d'urgence. Celles-ci peuvent contribuer à traumatiser certains pères lorsqu'elles surviennent. Ce résultat correspond aux études réalisées chez les mères. Les complications à l'accouchement ont aussi été associées aux symptômes postnataux de SPT. Elles pourraient avoir des répercussions notables, les symptômes de SPT pouvant perdurer dans le temps. Les antécédents de consultations psychologiques se sont révélés liés aux symptômes anxieux. Ceci

pourrait signifier que les individus ayant déjà eu besoin de soutien psychologique par le passé restent en quelque sorte marqués par ces difficultés et pourraient avoir moins confiance (consciemment ou non) en leur capacité à faire aux situations difficiles par la suite. La présente étude témoigne que les pères ayant vécu l'accouchement de leur conjointe comme traumatisant rapportent davantage de symptômes SPT lors du post-partum, mais également des symptômes anxieux et dépressifs.

Une autre particularité du présent mémoire est la mise en relief du lien entre l'II et l'expérience traumatique de l'accouchement. En effet, les pères rapportant des seuils d'II plus élevés se sont révélés plus à risque de vivre l'expérience de l'accouchement comme traumatisante. Il est possible que l'aspect imprédictible de la naissance place les pères moins tolérants à l'incertitude dans une position particulièrement intense lors de laquelle ils ne peuvent pas utiliser leurs moyens usuels de réassurance (p. ex., la planification et le contrôle). Confrontés à l'évènement hautement stressant qu'est la naissance, sans leurs mécanismes de réassurance habituels, ces derniers pourraient se sentir impuissants, voire horrifiés par la situation, craindre pour la survie de leur conjointe ou de l'enfant et être submergés par l'ampleur de leur détresse. Ainsi, il est possible que, comme pour l'étude de Ayers (2008) chez les femmes, une distinction dans les cognitions des pères ayant des seuils élevés d'II affecte la résilience des pères face au trauma de l'accouchement.

Sur le plan clinique, cette étude souligne la vulnérabilité des pères lors de l'accouchement de leur conjointe. Elle illustre également la nécessité d'accompagner après la naissance ceux dont l'accouchement a été marqué de complications ou dont l'accouchement s'est soldé par une césarienne d'urgence. Il semble pertinent de mieux préparer les pères présentant un taux élevé d'II à l'évènement de la naissance. En offrant à ces pères davantage d'informations quant au déroulement (p. ex., que le personnel médical prenne le temps de les informer des décisions médicales qu'ils pourraient avoir à prendre avec leur conjointe lors de l'accouchement), il est possible que leur perception d'incertitude diminue et que ces informations contribuent à les apaiser. Un suivi thérapeutique visant à augmenter la tolérance à l'incertitude dans le contexte prénatal pourrait offrir à ces pères d'autres moyens de réassurance, en axant davantage sur la perception de leur propre détresse et sa modulation ainsi que sur leur sentiment de confiance.

Si le présent mémoire a permis d'explorer l'expérience traumatique des pères à l'accouchement, il souligne également l'important travail qui reste à accomplir quant à l'étude du vécu des pères en périnatalité. Les résultats confirment que le trauma de l'accouchement existe chez les pères dans des proportions comparables aux mères et que ceux-ci peuvent vivre d'importants symptômes psychologiques, liés au trauma, lors du post-partum. Les résultats mettent de l'avant les liens entre des variables obstétriques, des facteurs individuels et le trauma de l'accouchement ainsi que des

symptômes psychologiques pouvant survenir dans le contexte postnatal. Ceci pourrait permettre de mieux cibler les pères à risque de développer ces symptômes afin de leur procurer un accompagnement adapté à leurs besoins.

Une meilleure reconnaissance par les professionnels du rôle des pères paraît essentielle dès l'accouchement. Elle pourrait les encourager à aborder davantage les difficultés psychologiques du contexte postnatal. En conceptualisant la détresse comme faisant partie intégrante de l'existence humaine, sans l'identifier comme une faiblesse ou une atteinte à la masculinité, en s'écartant quelque peu des idées préconçues quant aux rôles genrés, les études futures auront l'occasion de promouvoir une vision saine de l'identité masculine.

Références

- Abdollahpour, S., Abbas Mousavi, S., Motaghi, Z., Keramat, A., & Khosrvai, A. (2017). Prevalence and risk factor for developing traumatic childbirth in Iran. *Journal of Public Health*, 25, 275-280.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III* (3e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorder in a post-conflict setting: A cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14, 278-299.
- Ayer, S. (2007). Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth*, 34, 253-263.
- Ayers, S., & Ford, E. (2017). Psychosocial context of illness and well-being in women's health. Dans L. C. Edozien & P. M. S. O'Brien (Éds.), *Biopsychosocial factors in obstetrics and gynaecology*. (pp. 8–14). New York, NY : Cambridge University Press.
- Ayers, S., Wright, D. B., & Wells, N. (2007) Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 25, 40-50.
- Baillargeon, D. (2012). *Brève histoire des femmes au Québec*. Montréal, QC : Les Éditions du Boréal.
- Bardeen, J., Fergus, T., & Wu, K. (2013). The effect of worry and intolerance of uncertainty on posttraumatic stress symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 742-751.
- Beck, C. T. (2007). Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53, 28-35.

- Béland, M., Chabot, K., Gervais, L. G., Morin, A. J. S., & Gosselin, P. (2012). Évaluation de la peur de l'accouchement Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. *L'Encéphale : Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 38, 336-344.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creed, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30, 255-261.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Bradley, R., & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 29, 19-42.
- Bradley, R., Slade, P., & Leviston, A. (2008). Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 295-302.
- Brodeur, J., Claing, A., Gehl, K., Roy, R., & Tiscia, J.-P. (2017). *Prédicteurs d'une comorbidité entre l'anxiété et la dépression post-partum chez les pères*. Document inédit, Université de Sherbrooke.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.
- Cauchy, C. (2005, 2 mars). *Congés parentaux : Fédéralisme, asymétrie, flexibilité*. Le Devoir, pp. 3.
- Çevik, S., & Yağmur, Y. (2018). Impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women with or without miscarriage risk. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 436-440.
- Charton, L., & Lévy, J. J. (2011). *La contraception : Prévalence, protection et enjeux de société*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.

- Denis, A, Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 125-135.
- Dugas, M., Freeston, M., Provencher, M., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal De Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 80.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155.
- Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of Uncertainty and PTSD Symptoms: Exploring the Construct Relationship in a Community Sample with a Heterogeneous Trauma History. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 725-734.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM® SPSS® statistics* (5th edition). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31, 1177-1185.
- Freud, S., Ferenczi, S., & Abraham, K., (2010). *Sur les névroses de guerre*. Paris, France : Payot et Rivages.
- Furtado, M., Van Lieshout, R. J., Van Ameringen, M., Green, S. M., & Frey, B. N. (2019). Biological and psychosocial predictors of anxiety worsening in the postpartum period: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 250, 218-225.
- Gagnon, E. (1962, 11 janvier). Mme Kirkland Casgrain : Présence de la femme au parlement. *La Presse*, pp. 19.

- Ghafoori, B., Neria, Y., Gameroff, M.J., Olfson, M., Lantigua, R., Shea, S., & Weissman, M.M. (2009). Screening for Generalized Anxiety Disorder Symptoms in the Wake of Terrorist Attacks: A Study in Primary Care. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 218-226.
- Gosselin, P., Dugas, M., Ladouceur, R., & Freeston, M. (2001). Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale : Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 27, 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439.
- Grant, D. M., Beck, J. G., Marques, L., Palyo, S. A., & Clapp, J. D. (2008). The structure of distress following trauma: posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 117, 662-672.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, 185, 135-143.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 520-530.
- Karatzias, T., Hyland, P., Aoife, B., Cloitre, M., Roberts, N.P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*, 36, 887-894.
- Lessard, Denis (2012). Madame la première ministre :Le Parti québécois minoritaire, les libéraux forment l'opposition officielle. *La Presse*, 2.
- Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C.-L., Horesh, D., Karstoft, K.-I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of posttraumatic stress disorder 40 years after the Vietnam War: Findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72, 875-881.

- Masingue, I. (2003, novembre). Une petite pilule qui a changé le monde. *Québec Science*, 38-42.
- McEvoy, P., & Mahoney, A. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 112-122.
- The Merriam-Webster dictionary*. (2019). Merriam-Webster.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research And Therapy*, 28, 487-495.
- Milot, J. (2010). La mortalité infantile au tournant du XXe siècle au Canada français. *Paediatric Child Health*, 15, 5-7.
- Milot, T., Collin-Vezina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Presses de l'Université du Québec.
- Montmasson, H., Bertrant, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress posttraumatique du post-partum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41, 553-560.
- Murmane, K. S. (2019). Serotonin 2A receptors are a stress Response system: Implications for post-traumatic stress disorder. *Behavioural Pharmacology*, 30, 151-162.
- Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Short, N. A., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. *Journal of Anxiety Disorder*, 41, 82-87.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : proposition d'un modèle intégratif du trouble d'anxiété généralisée. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 69, 9-18.
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of reproductive and infant psychology*, 27, 197-142.
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35, 263–273.

- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., Rapa, E., & Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Journal of depression and Anxiety*, 30, 506-514.
- Provost, M., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2016). *Normes de présentation d'un travail de recherche*. Les Éditions SMG.
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experience: A literature review. *Women and Birth*, 29, 203-207.
- Rey, A., Rey-Debove, J., & Robert, P. (2018). *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, France : Le Robert.
- Rivard, A. (2010). *L'enfantement dans un Québec moderne : Générations, mémoires, histoire* (Thèse de doctorat inédite), Université Laval, Québec, QC.
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, QC : Les Éditions du remue-ménage.
- Rivard, A. (2016). *De la naissance et des pères*. Montréal, QC : Les Éditions du remue-ménage.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C.A., Eldrige, G., & Forde, D.R. (1996). Childhood Physical and Sexual Abuse in Patients with Anxiety Disorders and in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 257-263.
- Wicki, W. (1999). The impact of family resources and satisfaction with division of labour on coping and worries after the birth of the first child. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 431-456.
- White, G. (2007). You cope by breaking down in private fathers and PTSD following childbirth. *British journal of midwifery*, 15, 39-45.
- Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of Affective Disorders*. 151, 980-985.

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 61-71.

Zerach, G., & Magal, O. (2016). Anxiety Sensitivity Among First-Time Fathers Moderates the Relationship Between Exposure to Stress During Birth and Posttraumatic Stress Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 381-387.

Appendice

Batterie de questionnaire

Code : _____

DEVENIR PÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS :
LES INQUIÉTUDES ET L'ANXIÉTÉ AU COURS DE LA PATERNITÉ



Projet de recherche

Laboratoire d'études sur l'inquiétude et l'anxiété (LEIA)
Département de psychologie



QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

1. **Est-ce qu'il s'agit de votre premier enfant (excluant fausses couches et avortements) ?**
☐ Oui
☐ Non
 2. **En date d'aujourd'hui _____ (date), mon enfant est âgé de _____ mois et _____ semaines.**
 3. **Mon âge : _____ ans.**
 4. **État civil :**
☐ Célibataire
☐ Divorcé/séparé
☐ En couple
☐ Union de fait
☐ Marié
☐ Veuf
 5. **Êtes-vous en couple avec la mère biologique ou adoptive de ce premier enfant ?**
☐ Oui
☐ Non
 6. **Quelle est la durée de votre relation de couple actuelle ? _____ an(s)
_____ mois.**
 7. **Êtes-vous nés au Québec ?**
☐ Oui
☐ Non
- Veuillez préciser : _____

8. Où habitez-vous ? S.V.P. précisez :

Pays : _____

Province ou état : _____

Ville : _____

9. Scolarité (dernier niveau complété) :

- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire
- ☐ Collégiale
- ☐ Universitaire
- ☐ Autre (précisez) : _____

10. Quelle est votre occupation actuelle ? S.V.P. cochez tous les choix qui s'appliquent à vous.

- ☐ Emploi rémunéré à temps plein
- ☐ Emploi rémunéré à temps partiel
- ☐ Emploi saisonnier
- ☐ Aux études à temps plein
- ☐ Aux études à temps partiel
- ☐ Retraité
- ☐ Ni retraité, ni aux études, ni en emploi

Veuillez préciser :

Si vous avez un emploi rémunéré à temps plein ou à temps partiel, répondez aux questions 11 et 12. Si vous êtes sans emploi, rendez-vous directement à la question 13.

11. Êtes-vous présentement en arrêt de travail ou en invalidité partielle ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. À quel point avez-vous l'impression que votre fonctionnement en emploi est atteint ou diminué ?

- ☐ Pas du tout atteint/diminué
- ☐ Un peu atteint/diminué
- ☐ Assez atteint/diminué
- ☐ Très atteint/diminué
- ☐ Extrêmement atteint/diminué

13. Revenu familial brut (facultatif) :

- ☐ Moins de 20 000\$
- ☐ 20 000\$ - 39 999\$
- ☐ 40 000\$ - 59 999\$

- ☐ 60 000\$ - 79 999\$
- ☐ 80 000\$ - 99 999\$
- ☐ 100 000\$ et plus

14. Quelle est votre appréciation de votre revenu familial actuel ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Très peu satisfait

15. Par le passé, avez-vous déjà consulté un professionnel (psychologue, médecin ou psychiatre) pour un problème émotionnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

16. Depuis l'accouchement de votre premier enfant, avez-vous déjà consulté un professionnel (psychologue, médecin ou psychiatre) pour un problème lié à vos responsabilités parentales ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. L'un de vos proches (parents, fratrie) a-t-il déjà consulté pour un problème émotionnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. Avez-vous été présent à l'accouchement de votre enfant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, répondez aux questions 19 à 25. Si non, rendez-vous directement à la question 26.

19. L'accouchement a été une expérience éprouvante. (anticipation)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Tout à fait

20. Pendant l'accouchement, j'ai eu vraiment peur que ma conjointe ou mon enfant meurent ou soient blessés. (anticipation)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup

- ☐ Tout à fait

21. Pendant l'accouchement, je me suis senti angoissé, impuissant ou horrifié. (anticipation)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Tout à fait

22. Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense. (hyperstimulation)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

23. Ce qui me rappelle l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (c.-à-d. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration). (hyperstimulation)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

24. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me rappeler l'accouchement. (évitement)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

25. Il arrive que j'aie des pensées, des images ou des rêves déplaisants à propos de l'accouchement. (intrusion)

- ☐ Pas du tout
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

26. Avez-vous déjà vécu un avortement avec votre partenaire actuelle ou une ancienne partenaire ?

- ☐ Oui Veuillez préciser le nombre : _____
☐ Non
☐ Ne sait pas

27. Avez-vous déjà vécu une fausse couche avec votre partenaire actuelle ou une ancienne partenaire ?

- ☐ Oui Veuillez préciser le nombre de fois : _____
☐ Non

28. Avez-vous vécu avec votre partenaire actuelle ou une ancienne partenaire un autre type de perte périnatale ? (p. ex., décès du fœtus, décès à la naissance)

- ☐ Oui
☐ Non

29. Cochez la proposition qui vous correspond :

- ☐ Mon enfant a été conçu de manière naturelle.
☐ Mon enfant a été conçu par procréation assistée (fécondation in vitro, insémination artificielle, etc.)
☐ J'ai adopté mon enfant.
☐ Mon enfant a été conçu par une mère porteuse.
☐ Autre (précisez) : _____

30. Y a-t-il eu des complications lors de l'accouchement ?

- ☐ Oui Veuillez préciser : _____
☐ Non
☐ Ne sait pas

31. Est-ce que votre enfant est né prématurément ?

- ☐ Oui Veuillez préciser combien de temps il est né avant terme : _____
☐ Non
☐ Ne sait pas

32. Votre partenaire a-t-elle accouché par césarienne planifiée ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas
☐ Ne s'applique pas

33. Le travail de la mère biologique de l'enfant a-t-il été provoqué artificiellement (pitocin, etc.) ?

- ☐ Oui

- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

34. Une césarienne d'urgence a-t-elle été pratiquée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

35. Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé connu ?

- ☐ Oui Veuillez préciser : _____
- ☐ Non

36. En général, diriez-vous que la santé de votre enfant est :

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Mauvaise

37. Cette affirmation est-elle vraie ou fausse dans le cas de votre enfant ?

Il me semble que mon enfant tombe malade plus facilement que d'autres.

- ☐ Tout à fait vrai
- ☐ Assez vrai
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Assez faux
- ☐ Tout à fait faux

EPDS-P

Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en encerclant le chiffre qui semble mieux **décrire comment vous vous êtes senti durant la semaine (c'est-à-dire les 7 jours qui viennent de s'écouler)** et donc ne pas seulement vous baser sur la journée d'aujourd'hui pour répondre aux questions. PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER...

| | |
|--|--|
| <p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussi souvent que d'habitude.....0 ▪ Pas tout à fait autant.....1 ▪ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci.....2 ▪ Absolument pas.....3 | <p>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassé par les évènements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps je me suis sentie incapable de faire face aux situations.....3 ▪ Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude2 ▪ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations....1 ▪ Non, je me suis senti aussi efficace que d'habitude.....0 |
| <p>2. Je me suis senti confiant et joyeux, en pensant à l'avenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autant que d'habitude.....0 ▪ Plutôt moins que d'habitude.....1 ▪ Vraiment moins que d'habitude2 ▪ Pratiquement pas3 | <p>7. Je me suis senti si malheureux que j'ai eu des problèmes de sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps3 ▪ Oui, parfois2 ▪ Pas très souvent1 ▪ Non, pas du tout0 |
| <p>3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps3 ▪ Oui, parfois2 ▪ Pas très souvent1 ▪ Non, jamais0 | <p>8. Je me suis senti si triste ou peu heureux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps3 ▪ Oui, très souvent2 ▪ Pas très souvent1 ▪ Non, pas du tout0 |

| | |
|---|--|
| <p>4. Je me suis senti inquiet ou soucieux sans motif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout0 ▪ Presque jamais1 ▪ Oui, parfois2 ▪ Oui, très souvent3 | <p>9. Je me suis senti si malheureux que j'en ai pleuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps3 ▪ Oui, très souvent2 ▪ Seulement de temps en temps1 ▪ Non, jamais0 |
| <p>5. Je me suis senti effrayé ou paniqué sans vraiment de raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, vraiment souvent3 ▪ Oui, parfois2 ▪ Non, pas très souvent1 ▪ Non, pas du tout0 | <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, très souvent3 ▪ Parfois2 ▪ Presque jamais1 ▪ Jamais0 |

QIA - P

Afin de comprendre ce que vivent les pères d'un premier enfant, nous aimerions savoir quels ont été vos sujets d'inquiétudes **durant les dernières semaines**. Il importe de préciser le sujet d'inquiétude, mais aussi les **conséquences négatives auxquelles vous pensiez**. Distinguez celles ayant pu concerner (a) votre enfant, (b) à votre rôle de père et (c) tout autres aspects de votre vie.

| Inquiétudes liées à mon enfant | Inquiétudes liées à mon rôle de père | Inquiétudes liées à d'autres thèmes |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">Exemple</p> <p>Je me suis inquiété par rapport... <u>aux pleurs fréquents de mon enfant</u></p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... <u>qu'il soit un bébé difficile, qu'il ne soit pas bien avec moi</u></p> | <p style="text-align: center;">Exemple</p> <p>Je me suis inquiété par rapport... <u>à ma patience</u></p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... <u>de perdre le contrôle, de ne pas donner suffisamment d'amour, d'être non présent comme mon père</u></p> | <p style="text-align: center;">Exemple</p> <p>Je me suis inquiété par rapport... <u>à ma relation avec ma conjointe</u></p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... <u>qu'on ne retrouve plus de temps à nous, qu'on se chicane de plus en plus de me séparer</u></p> |
| <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> |
| <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____</p> | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____</p> | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> |
| Je me suis inquiété par rapport... | Je me suis inquiété par rapport... | Je me suis inquiété par rapport... |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... | Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... | Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... |
| <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> |

- 1. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées ? (c.-à-d., avez-vous l'impression de vous en faire trop ?) (Encerclez le chiffre)**

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--------------------------|---|---|---|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement excessives | | | | Modérément excessives | | | | Complètement Excessives |

- 2. Ces temps-ci, combien de jours par semaine êtes-vous troublé par des inquiétudes excessives ?**

| | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|-----------------|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Jamais | | | | 1 jour sur 2 | | | | À tous les jours |

- 3. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes ? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter ?**

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|-----------------------|---|---|---|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucune difficulté | | | | Difficulté modérée | | | | Difficulté extrême |

- 4. Ces temps-ci, êtes-vous souvent troublé par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous êtes inquiet ou anxieux ?**

a) Agité, surexcité ou avoir les nerfs à vif

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

b) Facilement fatigué

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

d) Irritabilité

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

e) Tensions musculaires

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormie ou sommeil agité et insatisfaisant)

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

5. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc. ?

| | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aucunement | | | | Modérément | | | | Très sévérement |

6. Outre les sujets récents d'inquiétudes présentés à la question 1, d'autres sujets de préoccupations ont-ils été plus présents depuis la naissance de votre enfant ? S.V.P. veuillez remplir ce tableau et essayez de préciser la période dans laquelle chaque inquiétude était présente (en fonction de l'âge approximatif de votre enfant)

| Inquiétudes liées à <u>mon enfant ou à mon rôle de père</u> | Âge | Inquiétudes liées à <u>d'autres thèmes</u> | Âge |
|---|-------------------------------------|---|----------------------|
| <p align="center">Exemple</p> <p>Je me suis inquiété par rapport... <u>à l'allaitement de mon enfant</u></p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... <u>qu'on ne trouve pas la cause des</u> <u>douleurs, qu'il continue de se</u> <u>réveiller aux heures, qu'il ait</u> <u>quelque chose de plus grave</u></p> | <p>2 à 6 mois</p> | <p align="center">Exemple</p> <p>Je me suis inquiété par rapport... <u>à mon travail</u></p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... <u>de ne pas dormir suffisamment</u> <u>de ne pas être capable de concentrer</u> <u>de tomber en congé de maladie</u></p> | <p>1 mois</p> |
| <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | |
| <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | | <p>Je me suis inquiété par rapport... _____</p> <p>Lorsque j'y pensais, j'appréhendais.... _____ _____ _____</p> | |
| <p>Je me suis inquiété par rapport...</p> | | <p>Je me suis inquiété par rapport...</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| _____ Lorsque j’y pensais, j’appréhendais.... _____ _____ _____ | | _____ Lorsque j’y pensais, j’appréhendais.... _____ _____ _____ | |
|--|--|--|--|

7. Énumérez les principaux problèmes ou défis auxquels vous avez été confronté depuis la naissance de votre enfant et qui ont pu augmenter votre anxiété, votre stress ou vos inquiétudes (vous pouvez vous inspirer de vos inquiétudes aux questions précédentes pour les identifier). Essayez d’être le plus exhaustif possible. Ensuite, veuillez encercler le chiffre correspondant à l’importance de ce problème ou de ce défi depuis la naissance.

| | | | | |
|-----------------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout important | Un peu important | Assez important | Très important | Extrêmement important |

| Listes des problèmes/défis rencontrés depuis la naissance | Importance perçue |
|--|-------------------|
| 1. Exemple : J’ai perdu mon emploi. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Exemple : Je me sens exclu du duo formé par ma partenaire et notre enfant | 1 2 3 4 5 |
| 3. | 1 2 3 4 5 |
| 4. | 1 2 3 4 5 |
| 5. | 1 2 3 4 5 |
| 6. | 1 2 3 4 5 |
| 7. | 1 2 3 4 5 |
| 8. | 1 2 3 4 5 |
| 9. | 1 2 3 4 5 |

| | |
|-----|-----------|
| 10. | 1 2 3 4 5 |
| 11. | 1 2 3 4 5 |
| 12. | 1 2 3 4 5 |
| 13. | 1 2 3 4 5 |
| 14. | 1 2 3 4 5 |
| 15. | 1 2 3 4 5 |
| 16. | 1 2 3 4 5 |

8. Avez-vous l'impression de vous inquiéter davantage, d'être plus préoccupé ou d'être plus anxieux maintenant que vous êtes devenus parents ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, comment expliquez-vous cela ?

9. Avez-vous l'impression que vos inquiétudes, vos préoccupations ou votre anxiété vous dérange davantage maintenant que vous êtes parents ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, de quelle façon vous dérangent-ils ?

10. À quel point avez-vous l'impression que votre vie comporte davantage de problèmes depuis que vous êtes parents ?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Pas du tout correspondant | Un peu correspondant | Assez correspondant | Très correspondant | Extrêmement correspondant |

QIPS

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

| | | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | Un peu | Assez | Très | Extrêmement |
| correspondant | correspondant | correspondant | correspondant | correspondant |

- _____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- _____ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- _____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- _____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- _____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter, mais je n'y peux rien.
- _____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- _____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- _____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- _____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- _____ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- _____ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- _____ 12. J'ai été inquiète tout au long de ma vie.
- _____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- _____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- _____ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- _____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

III – PARTIE A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il-vous-plait, encerclez le numéro correspondant.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|-------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| | Pas du tout correspondant correspondant | Un peu correspondant | Assez correspondant | Très correspondant | Tout à fait |
| 1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ISI

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus fidèlement possible à votre sommeil **au cours du dernier mois**.

Pour les 3 premières questions, veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** de vos difficultés de sommeil.

1. Difficultés à s'endormir :

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

2. Difficultés à rester endormi :

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

3. Problèmes de réveils trop tôt le matin :

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

4. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT/INSATISFAIT** de votre sommeil actuel ?

| | | | |
|----------------|------------------|---------------|-------------|
| Très satisfait | Satisfait | Plutôt neutre | Insatisfait |
| | Très insatisfait | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

5. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

6. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

7. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET/PRÉOCCUPÉ** à propos de vos difficultés de sommeil ?

| | | | |
|----------|-------------|----------|----------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très |
| | Extrêmement | - | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | | |

S.V.P., VEUILLEZ CONFIRMER VOS RÉPONSES EN CLIQUANT SUR « TERMINÉ » AFIN QU'ELLES SOIENT SAUVEGARDÉES.

MERCI POUR VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !